

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction	1
Chapitre I. Contexte théorique et empirique	8
Définitions.....	9
Adolescence	9
Problème de consommation.....	10
Concomitance	13
Crise	14
Suicide.....	15
Traitement intégré	17
Processus de rétablissement.....	19
Cadre théorique	21
Modèles sur les interactions entre suicide et toxicomanie.....	21
Approche phénoménologique	26
Recension des écrits : suicide et toxicomanie chez les adolescents.....	28
Problématique du suicide chez les adolescents en traitement de la toxicomanie.....	28
Prévalence des comportements suicidaires chez les jeunes de la population générale.....	29

Prévalence des problèmes de consommation chez les jeunes de la population générale.....	29
Prévalence des problèmes de consommation de SPA chez les adolescents présentant des comportements suicidaires.	30
Prévalence des comportements suicidaires chez les adolescents présentant une consommation problématique de SPA	32
Toxicomanie et suicide : caractéristiques associées à la double problématique	34
Problèmes de santé mentale concomitants à la toxicomanie ou au suicide.	36
Toxicomanie et suicide : processus de rétablissement.....	40
Adolescents suicidaires.....	40
Adolescents présentant un problème de consommation de SPA.....	41
Adolescents présentant un problème de consommation de SPA et des comportements suicidaires.....	45
Utilisation et prestation de services	47
Objectifs et hypothèses	52
Chapitre II. Méthodologie.....	55
Volet quantitatif	61
Participants.....	61
Instruments de mesure	64
Déroulement.....	67
Analyses.....	67
Volet qualitatif	69
Participants.....	70

Mode de cueillette de données.....	73
Déroulement.....	74
Analyses.....	75
Chapitre III. Article 1 : Traitement de la toxicomanie : Comment évoluent les adolescents ayant des comportements suicidaires?.....	77
Chapitre IV. Article 2: Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires.....	110
Chapitre V. Discussion	159
Intégration des principaux résultats et discussion générale	161
Évolution de la consommation de SPA et perceptions des changements	162
Difficultés psychologiques, l'aide reçue et les comportements suicidaires.....	167
Relations interpersonnelles et familiales	173
Apports.....	175
Limites	178
Retombées cliniques – recommandations.....	191
Pistes de recherche	199
Conclusion	203
Références.....	207
Appendice A. Normes de la Revue québécoise de psychologie (Article 1)	235
Appendice B. Normes de la Revue Drogues, santé et société (Article 2).....	241

Liste des tableaux

Tableaux présentés dans le chapitre II :

Tableau

- 1 Principales caractéristiques de chacun des centres de traitement..... 60
- 2 Répartition des comportements suicidaires chez les jeunes du GS..... 73

Remerciements

L'achèvement d'une thèse de doctorat ne peut se réaliser qu'avec le soutien de personnes remarquables, comme ma directrice, Natacha Brunelle, et ma codirectrice, Karine Bertrand. Vos encouragements à travers les moments ardues et aisés m'ont été très précieux. Votre rigueur et votre professionnalisme m'ont permis d'acquérir des connaissances et des compétences professionnelles significatives. Pour tout ce que vous avez fait pour moi, sincèrement, je vous remercie. Je tiens aussi à remercier mon comité doctoral formé de Marc Daigle et d'Yvan Lussier qui m'ont permis de pousser plus loin mes efforts de réflexion et d'enrichir cette thèse.

Il me serait impensable de ne pas remercier l'équipe de recherche qui m'a entourée au cours de la réalisation de ce projet de recherche, en particulier Jill Vandermeerschen, Annie Lemieux et Caroline Lamothe. Je remercie également les organismes qui m'ont soutenue financièrement, soit la *Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées*, l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, le Conseil de recherches en sciences humaines (subvention Alliance Recherche Université-Communauté) et le Fonds de recherche sur la société et la culture. Je tiens également à souligner la collaboration essentielle de Domrémy Mauricie–Centre-du-Québec et des centres Le Grand Chemin, sans laquelle cette thèse n'aurait pu être possible. Je tiens enfin à remercier les jeunes ayant accepté de participer à ce projet de recherche pour leur précieuse collaboration.

Finalement, je ne peux qu'être entièrement reconnaissante à mes proches qui m'ont soutenue à travers les années de réalisation de ce projet, particulièrement mon amoureux, Simon, mes parents, mon frère et ma sœur. Ma dernière pensée va à mon amie Karine pour qui les circonstances de la vie font qu'elle n'a pas pu compléter le même processus que je termine aujourd'hui.

Rapport-Gratuit.com

Introduction

Le suicide et les problèmes de consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes sont deux problématiques particulièrement préoccupantes. De plus, elles sont souvent liées. Au Québec, en 2004, le suicide était la première cause de décès chez les jeunes (St-Laurent & Bouchard, 2004). Les données compilées entre 2005 et 2007 montrent que chez les jeunes hommes québécois de 15 à 19 ans, le suicide équivaut à 22,7 % des décès, alors qu'il représente 17,4 % des décès chez les jeunes femmes du même âge (Gagné & St-Laurent, 2010). Les données provisoires de 2009 révèlent que sur les 1 068 personnes qui sont décédées par suicide au Québec, 45 étaient des jeunes âgés entre 0 et 19 ans, soit huit décès par 100 000 personnes (Gagné, Légaré, Perron, & St-Laurent, 2011). Toutefois, il est important de noter que les taux de suicide chez les Québécois de 15 à 19 ans diminuent depuis 1999 (Gagné & St-Laurent, 2010) et que cette tranche d'âge présente maintenant les plus bas taux de suicide du Québec (Gagné et al., 2011). Les données canadiennes et québécoises de 2002 à 2005 montrent qu'au Québec, entre 2,3 et 5,3 % des jeunes de 15 à 24 ans ont présenté des idéations suicidaires sérieuses dans les 12 mois précédant l'enquête, alors que ce taux est de 1 % pour les tentatives de suicide (Kairouz, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008; Nanhou, Fournier, & Audet, 2010).

En ce qui concerne les problèmes de consommation de SPA, les statistiques chez les jeunes de 12 à 17 ans sont également préoccupantes. L'enquête de l'Institut de la

statistique du Québec réalisée entre 2010 et 2011 permet d'observer qu'environ 10 % des jeunes Québécois ont une consommation de SPA problématique ou à risque de le devenir (Laprise, Gagnon, Leclerc, & Cazale, 2012). Les personnes aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance aux SPA sont davantage à risque de se suicider (Mishara & Tousignant, 2004). Murphy (2000) estime qu'entre 25 et 55 % des personnes, tous âges confondus, qui se sont suicidées ont utilisé une SPA avant de s'enlever la vie. Des taux de tentatives de suicide oscillant entre 10 et 30 % sont observés chez les adolescents à vie (Berman & Schwartz, 1990) ou au cours des deux années précédant l'entrée en traitement de la toxicomanie (Cavaiola & Lavender, 1999; Ramchand, Griffin, Harris, McCaffrey, & Morral, 2008). Ramchand et ses collègues (2008) révèlent que 24 % des adolescents rapportent des idéations suicidaires dans l'année précédant leur entrée en traitement de la toxicomanie. Dans le contexte québécois, les prévalences à vie d'idéations suicidaires chez les adolescents en traitement de la toxicomanie sont de 36 %, et de 21 % pour les tentatives de suicide (Bertrand, Ménard, & Plourde, 2004).

Les problèmes de consommation de SPA et les comportements suicidaires (idéations et tentatives de suicide) ainsi que les relations entre celles-ci sont cependant complexes. Par exemple, certains problèmes de santé mentale, comme la dépression, sont souvent associés à la fois au suicide et à la consommation problématique de SPA (Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant, & Turecki, 2008; Renaud, Berlim, Séguin, McGirr, Tousignant, & Turecki, 2009; Renaud, Chagnon, Turecki, & Marquette, 2005).

Un autre élément traduisant la complexité entre ces deux problématiques concerne les facteurs de risque, de maintien ou précipitants communs qu'elles partagent (Goldston, 2004), comme l'impulsivité. Des études sont encore nécessaires afin de mieux comprendre la nature des interactions entre ces deux problématiques (Goldston, 2004).

Le groupe de travail « Drug Abuse and Suicidal Behavior » du *National Institute on Drug Abuse* (Erinoff et al., 2004) note la prévalence importante des comportements suicidaires chez les jeunes présentant un problème de consommation de SPA et insiste sur l'importance de les considérer lors du traitement de la toxicomanie en plus de souligner le manque de connaissances au sujet des liens entre la problématique suicidaire et le processus de rétablissement. Récemment, plusieurs recherches ont été menées à propos de l'impact du traitement de la toxicomanie chez les adolescents, surtout des études évaluatives américaines en milieu naturel, comme Drug Abuse Treatment Outcome Studies for Adolescents (DATOS-A) (Hser et al., 2001) ainsi que des essais randomisés, comme le Cannabis Youth Treatment (CYT) (Clark, Horton, Dennis, & Babor, 2002). Toutefois, la majorité des traitements évalués ne tiennent pas compte des comportements suicidaires comme indicateurs du rétablissement des adolescents présentant un problème de consommation de SPA.

Par ailleurs, un autre aspect complexifiant les études sur les liens entre les problèmes de consommation de SPA et les comportements suicidaires est l'exclusion des jeunes présentant des comportements suicidaires des travaux de recherche en

toxicomanie (Barrett Waldron, Slesnick, Brody, Turner, & Peterson, 2001; Monti et al., 1999), à cause du risque de passage à l'acte suicidaire qui est complexe à gérer dans le cadre d'un projet de recherche (Mishara & Weisstub, 2005). Cette limite explique en partie que peu de littérature existe à propos de cette clientèle spécifique.

Globalement, différentes études soulignent les prévalences importantes des comportements suicidaires chez les adolescents présentant un problème de consommation de SPA. Toutefois, malgré la recommandation du groupe de travail « Drug Abuse and Suicidal Behavior » (Erinoff et al., 2004), les comportements suicidaires ne sont que rarement considérés comme mesure du succès thérapeutique chez les personnes présentant un problème de consommation de SPA. De plus, peu d'études se sont intéressées au processus de rétablissement des adolescents avec des problèmes de consommation de SPA et encore moins aux liens entre celui-ci et les comportements suicidaires. Il n'y a, à notre connaissance, aucune étude qualitative s'attardant à la perspective subjective des adolescents présentant un problème de consommation de SPA et des comportements suicidaires face à leur trajectoire de rétablissement. De telles études sont importantes afin de saisir la portée des phénomènes associés à la toxicomanie ou pour découvrir de nouveaux phénomènes, ce que les études quantitatives ne permettent pas toujours (Valdez & Sifaneck, 2010). De plus, il ne semble pas y avoir d'études québécoises qui se soient intéressées au rétablissement de cette clientèle complexe et vulnérable, ni à la perspective subjective que ces jeunes ont de leur processus de rétablissement.

Ainsi, l'objectif général de cette thèse est de décrire et de mieux comprendre, de façon multidimensionnelle, le processus de rétablissement d'adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires.

Les enjeux conceptuels, la recension critique des écrits ainsi que la méthodologie de cette thèse seront l'objet des deux premiers chapitres. Le premier chapitre présentera une définition de différents concepts utilisés dans le cadre de cette thèse ainsi que les prévalences des problèmes de consommation de SPA et des comportements suicidaires. Les modèles concernant les liens entre ces deux problématiques, l'approche utilisée dans le cadre de cette thèse ainsi que les connaissances concernant le processus de rétablissement des adolescents présentant à la fois des problèmes de consommation de SPA et des comportements suicidaires seront également exposés. La présentation des objectifs et des hypothèses de ce travail compléteront cette section. Le deuxième chapitre fournira les renseignements sur le devis longitudinal mixte choisi. Une description des participants rencontrés, des instruments administrés, des procédures et des analyses utilisées pour le volet quantitatif et pour le volet qualitatif de l'étude constituera également ce deuxième chapitre.

Les résultats de la thèse seront présentés dans les troisième et quatrième chapitres. Le troisième chapitre présentera le premier des deux articles qui a pour objectif de comparer, à l'aide d'une méthodologie quantitative, l'évolution d'adolescents en traitement de la toxicomanie, concernant la gravité des problèmes de consommation de

SPA et des problèmes associés dans diverses autres sphères biopsychosociales, selon qu'ils présentent ou non des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement. Le second article, qui se retrouve au quatrième chapitre, documentera en profondeur l'expérience pluridimensionnelle des adolescents qui présentent des comportements suicidaires en ce qui concerne leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant leur admission en traitement de la toxicomanie. De plus, cet article contraste leur expérience à celle des jeunes ne rapportant pas de comportements suicidaires, mais qui ont, tout comme eux, bénéficié d'un traitement de la toxicomanie.

La discussion de cette thèse constituera le cinquième chapitre. Ce dernier chapitre exposera une intégration générale des résultats présentés dans chacun des articles afin d'offrir une compréhension plus fine et nuancée du processus de rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie qui présentent des comportements suicidaires récents. Quelques recommandations en lien avec ces résultats seront aussi présentées. Une brève conclusion soulignera l'originalité de cette thèse ainsi que les retombées cliniques pour différents milieux d'intervention.

Chapitre I

Contexte théorique et empirique

Le contexte théorique et empirique s'attardera d'abord à la définition de concepts centraux sur lesquels s'appuie cette thèse. Le cadre théorique dans lequel cette thèse se situe ainsi que la recension des écrits seront ensuite exposés. Finalement, les objectifs et hypothèses seront formulés.

Définitions

Cette section présentera différentes définitions pertinentes à cette thèse. Elle expliquera également le choix de certains termes et concepts à l'intérieur de ce document.

Adolescence

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui est caractérisée par une diversité de changements se produisant entre 12 et 18 ans. Durant cette période, des développements hormonaux, physiques et cognitifs surviennent (Cloutier, 1996; Sturman & Moghaddam, 2011). Pendant cette période, les adolescents ont souvent une pensée magique qui leur donne le sentiment d'être invincibles et de ne pas avoir besoin d'aide. Ils acquièrent également une plus grande autonomie et développent leur indépendance. Au cours de cette phase, les adolescents sont en recherche de leur identité et font différentes expérimentations. Tous ces changements chez eux influencent également les relations avec leur environnement. De plus,

l'adolescence est une période de vulnérabilité où des comportements à risque se manifestent, comme l'expérimentation de substances psychoactives (SPA) ou des relations sexuelles non protégées (Sturman & Moghaddam, 2011). En outre, le cerveau se modifie au cours de cette période, entre autres le cortex préfrontal et des régions sous-corticales, ce qui expliquerait la labilité émotionnelle rencontrée durant cette période ou la mauvaise évaluation des risques encourus (Sturman & Moghaddam, 2011).

Problème de consommation

L'expression « substance psychoactive » (SPA) réfère aux substances qui altèrent le psychisme, l'état de conscience, le fonctionnement mental ou le système nerveux central d'un individu (Ben Amar, 2002; Nadeau & Biron, 1998). Pour Nadeau et Biron (1998), dans le cadre de la définition du terme toxicomanie, le terme SPA réfère soit à l'alcool, aux drogues illicites ou aux médicaments excluant ceux obtenus sur ordonnance. Dans ce document, ce terme fera référence à l'alcool et aux drogues illicites parce que ce sont les substances ciblées dans l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude, soit l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO)* (Landry et al., 2002).

Cormier (1993) présente la toxicomanie entre autres comme « un style de vie organisé autour de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, et même de médicaments (p.12) ». Ce terme est fréquemment utilisé pour définir les personnes qui présentent une consommation problématique de SPA, particulièrement un diagnostic

d'abus ou de dépendance tel que défini par le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Selon le DSM-IV, l'abus et la dépendance à une substance représentent tous deux un mode d'utilisation inadéquat d'une SPA qui conduit l'individu à avoir un fonctionnement altéré ou à vivre une souffrance cliniquement significative. De plus, pour poser un diagnostic d'abus de substance, l'individu doit présenter, au cours d'une période minimale de 12 mois, au moins une des manifestations suivantes causées par la consommation, soit : 1) l'incapacité de remplir des obligations professionnelles, familiales ou scolaires ; 2) une consommation répétée dans des situations où cela pourrait être physiquement risqué; 3) des problèmes judiciaires multiples; 4) la poursuite de l'utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux qui peuvent en découler (American Psychiatric Association, 1994).

Pour établir un diagnostic de dépendance à une SPA, la personne doit manifester trois symptômes, au cours d'une période de 12 mois, parmi les suivants : 1) la tolérance; 2) le sevrage; 3) le désir persistant de consommer ou des efforts vains pour contrôler sa consommation; 4) la substance prise en quantité plus importante ou sur une plus longue période que prévu; 5) beaucoup de temps est consacré à l'obtention de la substance ; 6) l'abandon d'activités de loisirs ou professionnelles importantes; 7) l'utilisation de la substance est poursuivie malgré le fait que la personne sait avoir un problème physique ou psychologique récurrent causé ou exacerbé par celle-ci (American Psychiatric Association, 1994).

Toutefois, ce système de classification est peu utilisé auprès des adolescents dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec où l'on préfère évaluer la toxicomanie selon la gravité des problèmes d'alcool et de drogues en tenant compte de l'ensemble des sphères de vie (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006). Pour ce faire, la plupart des centres ont recours à un instrument d'évaluation validé, soit *l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO)* (Landry et al., 2002) qui évalue 10 sphères de vie de l'adolescent : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, la situation médicale, scolaire, professionnelle, sociale/judiciaire, les loisirs, la santé psychologique ainsi que les relations familiales et interpersonnelles.

En outre, les centres de réadaptation en dépendance se sont dotés d'une classification à sept profils selon la gravité de la consommation et des difficultés associées sous forme d'un continuum qui débute par l'abstinence et qui se termine avec les « surconsommateurs ». Les adolescents québécois qui reçoivent des services dans ces centres de traitement sont des « surconsommateurs » ou des « consommateurs excessifs » (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier, & Neveu, 2004a). Dans le cas du surconsommateur, celui-ci centre sa vie sur sa consommation qui survient de cinq à sept jours par semaine. Les problèmes causés par sa consommation sont majeurs, et il y a parfois présence de dépendance physique, psychologique ou de sevrage. L'adolescent qui est consommateur excessif fait usage de grandes quantités de SPA par occasion, et sa vie est centrée autour de la consommation.

Ainsi, dans ce document, l'expression « adolescents présentant un problème de consommation de SPA » réfère aux adolescents aux prises avec des problèmes de consommation de SPA dont le niveau de gravité implique qu'un traitement spécialisé en toxicomanie est requis.

Concomitance

Les troubles concomitants réfèrent à la présence chez une même personne d'un problème de consommation de SPA ainsi que d'un trouble mental, émotionnel ou psychiatrique (Santé Canada, 2002a). Puisque les deux problèmes coexistent au même moment, il est difficile de déterminer les symptômes précis révélant la présence de troubles concomitants ou quelle est la séquence d'apparition des symptômes (Husler, Blakeney, & Werlen, 2005). Il est préférable de considérer qu'il s'agit de deux problèmes indépendants qui interagissent entre eux. Cette interaction a parfois comme conséquence qu'un des problèmes exacerbe l'autre ou le masque (Skinner, O'Grady, Bartha, & Parker, 2004).

Dans le présent document, le terme « concomitant », qui réfère à la présence au même moment d'un trouble mental et d'un problème de consommation de SPA, est préféré à celui de comorbidité, car ce dernier réfère à plusieurs définitions. Ce dernier terme est utilisé pour indiquer à la fois la présence de deux troubles mentaux, d'un trouble mental et d'un trouble physique ou à la coexistence de troubles physiques (Kirby & Keon, 2004) ou à la présence simultanée ou consécutive d'un problème de

consommation de SPA et d'un trouble mental (National Institute on Drug Abuse, 2010). Par ailleurs, le terme « double problématique » sera utilisé uniquement pour nommer la concomitance entre les problèmes de consommation de SPA et les comportements suicidaires.

Crise

L'état de crise est souvent présent lorsqu'il y a des idéations suicidaires ou une tentative de suicide et il peut en résulter un suicide. Selon Séguin, Brunet et Leblanc (2006) :

La crise résulte toujours d'une interaction particulière entre un événement et l'évaluation qu'en fait une personne. La crise émerge lorsque le stress induit par l'événement est perçu comme une menace, une difficulté insurmontable qui dépasse les ressources d'adaptation de l'individu. Le développement de la crise a donc une étiologie centrée sur l'exposition à un événement potentiellement stressant. (p.4)

Cette définition met en perspective le caractère subjectif de la crise. L'état de crise peut avoir une phase aiguë où la désorganisation de la personne est très importante et qui peut résulter en un passage à l'acte, comme une tentative de suicide (Séguin et al., 2006). L'état de crise peut aussi conduire au développement de nouvelles stratégies d'adaptation qui permettent à la personne de revenir à un état de vulnérabilité ou à un état d'équilibre. L'état de vulnérabilité précède la crise, où la personne gère les événements stressants avec plus de difficultés. Cet état rend la personne plus susceptible à l'état de crise (Séguin et al, 2006). Les demandes d'aide à des organismes spécialisés pour des problèmes de consommation de SPA peuvent être considérées comme une

nouvelle stratégie d'adaptation par rapport à la crise suscitée par la consommation (Séguin et al, 2006).

Suicide

Le suicide réfère au fait qu'une personne se donne volontairement la mort. Parfois, certains ajoutent que le suicide est complété lorsque la personne est décédée, alors que par définition, le suicide est le fait de s'enlever la vie (Mishara & Tousignant, 2004). Le suicide peut se concevoir comme l'extrémité d'un continuum (Carter, Reith, Whyte, & McPherson, 2005; Crosby, Cheltenham, & Sacks, 1999; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Miller & Eckert, 2009). À l'autre extrémité se situe l'absence d'idées suicidaires. Entre les deux extrémités se situent les flashes, les idéations et les tentatives de suicide. Les flashes suicidaires réfèrent au fait de penser de manière instantanée à s'enlever la vie plutôt que de trouver une solution à une situation problématique. Si les flashes s'intensifient, il s'agit alors d'idéations suicidaires. La solution de s'enlever la vie émerge de plus en plus, et la personne rumine cette idée. Les idéations suicidaires graves ou sérieuses concernent la planification qu'une personne fait de son suicide en identifiant le moyen, l'endroit et le moment (Mishara & Tousignant, 2004). Lors de la tentative de suicide, la personne tente de s'enlever la vie, sans que cela s'avère fatal. Certaines tentatives sont plus sérieuses et nécessitent des soins médicaux, alors que d'autres ne seront pas connues de l'entourage (Mishara & Tousignant, 2004).

Dans le cadre de cette thèse, lorsqu'il sera question d'idéations et de tentatives suicidaires, le terme « comportements suicidaires » sera utilisé (Miller & Eckert, 2009; Santé Canada, 2002b), même si généralement, sur le plan conceptuel, ce terme inclut également le suicide (Association québécoise de prévention du suicide, 2003; Mishara & Tousignant, 2004). Les idéations suicidaires seront ici considérées comme des comportements, même s'il ne s'agit pas de réactions observables objectivement. Certains auteurs mettent en lumière qu'il peut y avoir un certain recoupement entre des comportements suicidaires et d'automutilation (Tuisku, Pelkonen, Kiviruusu, Karlsson, & Marttunen, 2012). Dans cette thèse, les comportements d'automutilation sont exclus, puisqu'ils représentent des blessures physiques que la personne s'inflige sans avoir l'intention de se donner la mort (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Duhamel, 2007).

Deux autres notions importantes entourant le suicide sont le risque et l'urgence suicidaire. Le risque suicidaire réfère au potentiel suicidaire d'une personne en fonction de ses facteurs de risque et de protection, alors que l'urgence suicidaire constitue plutôt la probabilité et l'imminence d'une tentative de suicide. L'évaluation du risque suicidaire est importante, car elle aide à déterminer la capacité de la personne à identifier d'autres solutions à ses problèmes. Lors de cette évaluation, l'intervenant doit s'intéresser à la trajectoire de vie de la personne afin d'identifier les déclencheurs, les pertes importantes, mais aussi ses ressources et ses stratégies adaptatives. L'évaluation de l'urgence suicidaire permet de définir les cibles d'intervention à prioriser, en plus d'identifier à quelle phase du processus de crise suicidaire se situe l'individu. L'urgence

suicidaire est à son maximum lorsque le passage à l'acte est prévu dans moins de 48 heures, que le moyen et l'endroit du suicide sont déterminés (Séguin & Huon, 1999).

Enfin, maintenant au Québec, l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire est recommandée comme faisant partie des bonnes pratiques pour les intervenants des centres de santé et de services sociaux (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010). Un outil a spécifiquement été conçu afin de réaliser cette estimation. Cette grille permet, entre autres, l'évaluation de la planification du suicide ainsi que la vérification de facteurs de risque et de protection associés au suicide. La considération des facteurs de risque et de protection sont importants dans l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire afin de bien estimer l'urgence suicidaire (Lane et al., 2010).

Traitement intégré

La notion de traitement intégré a été largement discutée par des auteurs s'intéressant au traitement des troubles mentaux concomitants aux problèmes de consommation de SPA (Bender, Springer, & Kim, 2006; Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro, & Perreault, 2010; Hawkins, 2009). Plus récemment, cette notion a été reprise pour conceptualiser les meilleures pratiques à offrir aux personnes aux prises avec une double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires, sans que cela implique nécessairement un diagnostic de trouble mental (Esposito-Smythers &

Goldston, 2008; Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt, & Monti, 2011; Esposito-Smythers, Spirito, Uth, & LaChance, 2006).

Le traitement des personnes présentant à la fois des problèmes de consommation de SPA et un trouble mental peut se faire selon trois modes d'intervention. Le traitement est dit séquentiel lorsque les problématiques sont traitées séparément, l'une après l'autre (Bender et al., 2006). Le traitement en parallèle consiste au traitement de chacune des problématiques par des cliniciens différents de façon simultanée (Bender et al., 2006). Le traitement intégré réfère à une intervention pour les deux problématiques se déroulant au même moment (Bender et al., 2006). Le traitement intégré peut être offert par un seul intervenant, mais également par deux intervenants différents travaillant dans le même service ou par des intervenants différents provenant de services différents mais dont les traitements sont offerts via un travail de collaboration étroite (Hawkins, 2009). Le traitement intégré ne réfère pas uniquement aux interventions faites auprès de la personne, mais également au fonctionnement structurel, par exemple le financement de ces services et au fonctionnement des équipes de traitement offrant des services multidisciplinaires (Brousselle et al., 2010).

De façon plus spécifique à la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires chez les adolescents, le traitement intégré permet de considérer les deux problématiques en même temps, de mieux comprendre leurs interrelations, en plus d'identifier les cibles d'intervention à prioriser (Esposito-

Smythers & Goldston, 2008; Esposito-Smythers et al., 2011). La littérature est cependant plus rare à ce sujet.

Processus de rétablissement

Il est difficile de choisir le bon terme pour définir les démarches d'une personne qui se mobilise dans le but de changer ses comportements problématiques ou de trouver des solutions à ses problèmes. Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier et Neveu (2004b) définissent la réadaptation comme : « (...) le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes aux prises avec un problème de dépendance, que ce soit à l'alcool, aux drogues ou au jeu » (p.13).

Mercier et Alarie (2000) préfèrent utiliser le terme « rétablissement », car ce terme implique la participation active de la personne à son processus de changement. Le terme « réadaptation » signifie que c'est un acteur externe qui joue un rôle dans le changement. De plus, le rétablissement permet d'inclure la perception subjective de la personne de ses problèmes et de son cheminement. Le rétablissement signifie également qu'il y a souvent un processus à long terme et que plusieurs changements surviennent dans la vie de l'individu, comme des modifications au mode de vie, aux attitudes ou aux valeurs. Donc, l'individu se forge une nouvelle image de lui-même.

De plus, il ne faut pas omettre de considérer la possibilité d'une rémission naturelle, ce qui signifie que la personne réussit à se défaire de sa consommation problématique

sans recevoir de traitement spécialisé. Certains facteurs semblent favoriser la rémission naturelle, par exemple les conséquences associées à la consommation, la survenue d'événements négatifs ou une évaluation cognitive des coûts et bénéfices de la consommation (Acier, Nadeau, & Landry, 2008). Dans le même sens, lorsqu'un individu débute un traitement, son rétablissement ne peut s'expliquer uniquement par cet élément, mais plutôt par une combinaison de facteurs externes au traitement qui peuvent interagir avec celui-ci (Asay & Lambert, 1999; Bertrand, Nadeau, & Aranda, 2012; Brunelle et al., 2010).

Dans le présent document, le terme « rétablissement » est choisi parce qu'il représente la perception de l'individu : 1) quant aux changements vécus en cours de traitement et dans les mois qui ont suivi et : 2) quant à sa compréhension de son propre processus de changement, incluant, mais sans s'y limiter, la contribution (ou non) du traitement à ce processus. De plus, le rétablissement sera conçu dans ce travail comme un processus multidimensionnel tel que suggéré par certains auteurs (Brown, 2004; Sussman, Skara, & Ames, 2008). Brown (2004) souligne l'importance de mesurer les résultats des traitements de la toxicomanie de façon multidimensionnelle, par le recours à de multiples indicateurs, critiquant notamment le recours à l'abstinence comme seul critère de succès.

Cadre théorique

Malgré la prévalence importante de la cooccurrence entre la toxicomanie et les comportements suicidaires, les liens entre ces deux problématiques sont encore mal compris (Goldston, 2004; Kaminer, Burleson, Goldston, & Burke, 2006). Différents modèles ont été élaborés afin d'expliquer les liens complexes entre la consommation problématique de SPA et le suicide. Les principaux sont : 1) l'intoxication qui favorise le passage à l'acte (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005); 2) l'automédication (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005); 3) une vulnérabilité commune (Bukstein et al., 1993; Rossow, Romelsjo, & Leifman, 1999); 4) l'effet à long terme de la consommation (Bukstein et al., 1993; Rossow et al., 1999); et 5) la théorie du conditionnement opérant (Goldston, 2004). Ces modèles ne sont pas nécessairement mutuellement exclusifs, la pertinence d'un modèle n'invalidant pas forcément l'autre. L'approche phénoménologique choisie pour l'analyse du volet qualitatif de cette thèse sera également décrite.

Modèles sur les interactions entre suicide et toxicomanie

Certains auteurs émettent l'hypothèse que la consommation abusive d'une SPA favoriserait le passage à l'acte suicidaire non planifié (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005). Le cas de l'intoxication à l'alcool est particulièrement documenté, car un de ses effets est de désinhiber, ce qui diminuerait les réticences de la personne à s'enlever la vie (Gossop, 2005; Rossow et al., 1999; Schilling, Aseltine, Glanovsky, James, & Jacobs, 2009). D'autre part, une étude récente montre que l'utilisation du cannabis serait

liée à un premier passage à l'acte suicidaire chez les adolescents (Roberts, Roberts, & Xing, 2010). Une théorie nommée « *Alcohol Myopia* » (Steele & Josephs, 1990) expliquerait aussi les liens entre le suicide et la consommation abusive d'alcool (Light, Grube, Madden, & Gover, 2003). Pour Light et ses collaborateurs (2003), cette théorie suppose qu'à la suite d'une consommation abusive d'alcool, la personne se concentrerait davantage sur sa détresse psychologique, surtout en l'absence de distractions, ce qui pourrait lui rendre la solution du suicide d'autant plus envisageable.

L'automédication réfère à une consommation de SPA afin d'atténuer sa détresse psychologique (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005). Dans ce modèle, la personne vit avec des symptômes dépressifs et elle développe des idées suicidaires comme solutions à ses difficultés émotionnelles. Afin d'atténuer les symptômes dépressifs, la personne commence à consommer des SPA (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005). Toutefois, certaines SPA, dont l'alcool qui est facilement accessible, ont un effet dépressif sur le système nerveux central. Il en résulterait donc l'amplification de la détresse et possiblement des gestes suicidaires secondaires à la désinhibition que l'alcool entraîne (Gossop, 2005). Cet élément rejoint le modèle de l'intoxication qui favorise le passage à l'acte. Gossop (2005) émet également l'hypothèse que l'augmentation de la consommation d'alcool servirait à diminuer l'anxiété qui serait générée par les idéations suicidaires. Dans les deux situations, la consommation serait un mécanisme d'adaptation face à la détresse psychologique.

D'autres auteurs supposent que le suicide et les problèmes de consommation de SPA auraient des prédispositions ou des facteurs de risque communs (Bukstein et al., 1993; Rossow et al., 1999). L'étude de Bukstein et de ses collaborateurs (1993) a comparé des adolescents abusant de SPA s'étant suicidés à des adolescents ayant une histoire de vie de consommation abusive de SPA n'ayant pas commis ce geste. Les éléments distinguant le premier groupe sont : 1) la présence d'une dépression comme trouble concomitant; 2) des idéations suicidaires dans les semaines précédentes; 3) des problèmes judiciaires; 4) une histoire familiale d'abus de substances ou de dépression (Bukstein et al., 1993). D'autres facteurs de risque sont communs aux deux problématiques, par exemple des problèmes familiaux, des abus physiques ou sexuels durant l'enfance (Mishara & Tousignant, 2004; Nadeau & Biron, 1998) et certains traits de caractère comme l'impulsivité (Conason, Oquendo, & Sher, 2006; Gossop, 2005) et expliqueraient les liens entre ces problématiques (Rossow et al., 1999).

Bukstein et ses collègues (1993) émettent l'hypothèse que la consommation à long terme de SPA aurait un effet sur les comportements suicidaires et le suicide à cause d'une perturbation à long terme de l'humeur. La consommation abusive d'alcool réduirait le fonctionnement des circuits sérotoninergiques du cerveau (Ho et al., 2011; Rossow et al., 1999). Par ailleurs, les circuits sérotoninergiques du cerveau seraient aussi liés à la dépression, mais également à l'impulsivité (Burke et al., 2011) qui peuvent également être impliqués dans les actes suicidaires. Ces deux éléments conjugués favoriseraient notamment les tentatives de suicide et le suicide. Cette théorie reçoit de

plus en plus d'appui dans la littérature, mais la causalité n'est toujours pas démontrée (Kelly, Cornelius, & Clark, 2004). Certaines études montrent des perturbations dans le fonctionnement du cerveau de personnes présentant une consommation problématique de SPA, particulièrement l'ecstasy (Morgan, 2000), mais aussi chez les personnes s'étant suicidées ou présentant des comportements suicidaires (Mann, Brent, & Arango, 2001; Mann, Oquendo, Underwood, & Arango, 1999). L'hypothèse selon laquelle la consommation abusive de SPA causerait des changements biologiques amenant une dégradation de l'humeur et ultérieurement des comportements suicidaires chez les individus vulnérables a aussi été formulée (Volkow, 2001). Toutefois, Rossow et ses collaborateurs (1999) proposent que l'effet à long terme de la consommation d'alcool sur le suicide résulte de changements environnementaux. Par exemple, la consommation abusive d'alcool entraînerait parfois une dégradation du réseau social.

Goldston (2004) a élaboré un modèle expliquant les liens entre le suicide et la consommation de SPA qui a pour but d'aider au développement d'interventions communes aux deux problématiques. Ce modèle s'appuie sur les notions de conditionnements classique et opérant. Il comprend quatre sections, soit les stimuli, l'organisme, la réponse et la conséquence. La première section représente les événements qui activent certains comportements, ici le suicide ou la consommation de SPA. Goldston (2004) définit l'organisme comme un élément qui influencerait l'apparition d'une réponse. Par exemple, selon ce modèle, si une rupture amoureuse survient (stimuli) et que la personne présente déjà une dépression majeure (organisme),

il y a de fortes probabilités qu'elle songe au suicide ou consomme pour atténuer sa détresse (réponses). Si la dépression est absente, les deux réponses présentées dans l'exemple sont moins probables. La conséquence est le renforcement obtenu à la suite de la réponse qui favorisera sa persistance (Goldston, 2004). En poursuivant le précédent exemple, si la personne choisit de consommer de l'alcool et que cela diminue la souffrance qu'elle ressent, il y aura un renforcement négatif, puisque la douleur s'estompe. Le passage à l'acte suicidaire ou la consommation abusive de SPA surviendrait en présence de stressseurs interpersonnels importants ou lorsque l'adolescent a été exposé à ces comportements chez ses pairs (Goldston, 2004).

Malgré ces nombreuses possibilités, il est difficile d'identifier un lien de causalité spécifique entre les problèmes de toxicomanie et les comportements suicidaires, de vérifier si les interrelations persistent dans le temps ou si le type de SPA consommées affecte le type de difficultés psychologiques rencontrées (Goldston, 2004). Les théories présentées précédemment tentent particulièrement d'expliquer les liens entre le suicide et la consommation de SPA. Toutefois, les liens ne sont pas aussi faciles à conceptualiser pour les comportements suicidaires et la consommation de SPA. Les modèles précédents n'expliquent que des parties de ces deux problématiques complexes, et certains modèles n'ont pas été validés empiriquement. De plus, il ne semble pas exister de modèle intégré qui permettrait de mieux cerner les relations entre ces deux problématiques en plus d'offrir des pistes d'intervention. Malgré que les liens entre ces deux problématiques soient encore à définir clairement, il est évident qu'elles

s'influencent et qu'il faut donc considérer ces deux éléments lorsqu'ils sont concomitants.

Approche phénoménologique

Une approche phénoménologique, telle que conceptualisée par Giorgi (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008) a été choisie pour le volet qualitatif de cette thèse. Cette approche a été élaborée au départ par Husserl (1970, 1983) et était davantage une approche philosophique (Giorgi, 2010; Giorgi & Giorgi, 2008). La phénoménologie telle que conceptualisée par Giorgi (Giorgi & Giorgi, 2008), est une approche davantage pragmatique et descriptive, plus appropriée pour guider des études empiriques. La phénoménologie descriptive de Giorgi (Giorgi, 2010; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008) cherche à comprendre le phénomène tel qu'il se manifeste dans un contexte particulier de la réalité plutôt que dans une situation contrôlée en laboratoire. La phénoménologie tente de comprendre ou d'expliquer le concept étudié et les différents sens qui y sont attribués par les personnes impliquées (Creswell, 2007) plutôt que de rechercher une représentativité statistique. L'approche phénoménologique tente d'identifier le sens des données recueillies en s'attardant à la signification attribuée par le sujet lui-même (Giorgi & Gallegos, 2005). Dans cette approche, plusieurs personnes sont recrutées, d'un ou plusieurs milieux, l'important étant qu'elles aient vécu le phénomène étudié et qu'elles soient capables d'en parler (Creswell, 2007).

Trois étapes sont nécessaires dans l'approche phénoménologique. La première est d'adopter l'attitude de réduction phénoménologique qui implique de mettre de côté les connaissances passées afin d'être sensible au phénomène spécifiquement étudié et de saisir le sens global de toutes les données recueillies concernant ce phénomène (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008). Par la suite, vient la description du phénomène où des unités de signification sont élaborées lorsque le chercheur constate une modification dans les données toujours en conservant l'attitude adoptée précédemment (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008). Évidemment, différents chercheurs créent différentes unités de signification, mais l'important est la manière dont celles-ci sont constituées plutôt que la possibilité de les comparer ou leur taille (Giorgi & Giorgi, 2008). La dernière étape de ce processus est la recherche de sens (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008), ce qui revient à traduire les unités de signification obtenues dans un langage propre à la discipline (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008), dans le cas présent, la psychologie.

D'autres auteurs ont privilégié cette approche afin de mieux comprendre les problèmes de consommation de SPA (Bertrand & Nadeau, 2006a, 2006b; Bertrand et al., 2012; Brunelle, Brochu, & Cousineau, 2000; Brunelle, Cousineau, & Brochu, 2002a; Brunelle, Cousineau, & Brochu, 2002b, 2005; Parent & Brochu, 1998; Plourde, Brunelle, & Landry, 2010). L'approche phénoménologique a aussi été choisie dans la présente thèse, car elle s'intéresse au sens que les gens attribuent à un phénomène et que

nous concevons justement le rétablissement selon la perception subjective que la personne a de ses problèmes et de son cheminement.

Recension des écrits : suicide et toxicomanie chez les adolescents

Tel que mentionné précédemment, les modèles explicatifs des liens entre la toxicomanie et le suicide montrent l'interinfluence de ces deux problématiques. Afin de situer la double problématique, la section suivante présentera les prévalences des problèmes de consommation de SPA et des comportements suicidaires ainsi que les caractéristiques et les problèmes de santé mentale concomitants associés aux problèmes de consommation ou au suicide. Par la suite, les connaissances concernant le processus de rétablissement chez les jeunes présentant ces problématiques ainsi que l'utilisation et la prestation de services pour cette clientèle seront exposées.

Dans les domaines de la toxicomanie et du suicide, un nombre limité d'études s'intéressent particulièrement aux jeunes âgés entre 12 et 18 ans. Il arrive fréquemment que les études portent sur des sous-groupes constitués à la fois d'adolescents et de jeunes adultes. Donc, dans le cadre de cette thèse, la littérature concernant les jeunes de différentes tranches d'âge sera considérée.

Problématique du suicide chez les adolescents en traitement de la toxicomanie

Les prévalences concernant le suicide, les comportements suicidaires et la toxicomanie sont plus élevées dans les populations cliniques que dans la population

générale. Les prévalences de ces comportements chez les jeunes de la population générale sont d'abord présentées, suivies par celles des problèmes de consommation de SPA chez les jeunes suicidaires et celles des comportements suicidaires chez les jeunes ayant un problème de consommation de SPA.

Prévalence des comportements suicidaires chez les jeunes de la population générale. Les données canadiennes les plus récentes indiquent qu'au Québec, en 2002, 14,7 % des jeunes de 15 à 24 ans de la population générale rapportent des idéations suicidaires au cours de leur vie, et 4,7 % indiquent avoir fait une tentative de suicide au cours de la même période (Kairouz et al., 2008). Les données concernant les 12 derniers mois montrent que 5,3 % des jeunes de 15 à 24 ans indiquent avoir eu des idéations suicidaires, et 1 % ont fait une tentative de suicide (Kairouz et al., 2008). Les données québécoises de 2005 montrent que 2,3 % des jeunes de 15 à 24 ans avaient songé sérieusement à s'enlever la vie, et 1,1 % avaient fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête (Nanhou et al., 2010).

Prévalence des problèmes de consommation chez les jeunes de la population générale. Selon les données canadiennes de 2002, 30,4 % des jeunes québécois de 15 à 24 ans rapportent être des consommateurs réguliers d'alcool, 7,8 % rapportent consommer du cannabis plus d'une fois par semaine, alors que 2,9 % en consomment tous les jours et que 7,9 % rapportent une polyconsommation d'alcool, de cannabis et d'autres substances illicites (Kairouz et al., 2008). Les données de l'Institut de la

statistique du Québec de 2010 et 2011 montrent que 18,4 % des jeunes du secondaire ont connu une période de consommation régulière d'alcool dans leur vie, alors qu'ils sont 12 % à l'avoir fait pour les SPA (Laprise et al., 2012). Chez les jeunes interrogés, 15 % sont des buveurs réguliers, et 0,3 % sont des buveurs quotidiens. Le taux de consommation abusive d'alcool, soit plus de cinq consommations en une seule occasion, est de 41 %, et parmi ces jeunes; 13 % l'ont fait plus de cinq fois au cours des 12 derniers mois. Le cannabis s'avère la SPA la plus consommée, suivi par l'ecstasy et les amphétamines. En outre, 9 % des élèves du secondaire consomment du cannabis à une fréquence élevée, soit plus d'une fois par semaine. Globalement, cette étude met en évidence que 5 % des jeunes québécois qui fréquentent l'école secondaire présentent une consommation à risque et qu'ils sont 5 % à présenter une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée (Laprise et al., 2012).

La consommation régulière d'alcool au cours de l'adolescence est inquiétante, car cette substance affecte le développement du cerveau, celui-ci étant davantage sensible aux effets neurotoxiques de cette substance que le cerveau adulte (Windle et al., 2008). La consommation précoce est d'autant plus inquiétante, car elle est associée à un risque de développer des troubles mentaux ou de se chroniciser à l'âge adulte (Brooke, Saar, Zhang, & Brooke, 2009; Flanzer, 2005; Palmer et al., 2009).

Prévalence des problèmes de consommation de SPA chez les adolescents présentant des comportements suicidaires. Les taux de suicide chez les adolescents

présentant un problème de consommation de SPA sont souvent plus élevés que dans la communauté en général. Esposito-Smythers et Spirito (2004) ont effectué une revue de la littérature concernant l'épidémiologie des problèmes de toxicomanie chez les adolescents qui se sont suicidés. Une des études analysées (Brent et al., 1993) a effectué l'autopsie psychologique de 67 adolescents qui étaient décédés par suicide. Ils ont par la suite composé un groupe contrôle d'adolescents provenant de la communauté similaire (âge, genre, pays d'origine et statut socioéconomique) à ceux décédés par suicide. Une entrevue psychiatrique semi-structurée leur a été administrée afin de comparer leurs résultats à ceux des autopsies psychologiques. Parmi les adolescents décédés par suicide, 27 % rencontrent les critères pour une consommation problématique de SPA, soit 24 % pour l'alcool et 13 % pour une autre SPA. Lorsqu'ils sont comparés au groupe contrôle, la consommation problématique de SPA est 8,5 fois plus importante chez le groupe d'adolescents décédés par suicide. Les adolescents décédés par suicide présentent 7,5 fois plus de problèmes de consommation d'alcool que le groupe contrôle, et ce taux augmente à 9 fois pour les autres SPA, excluant l'alcool.

Shaffer, Gould, Fisher et Trautman (1996) ont effectué des autopsies psychologiques sur 120 personnes âgées de moins de 20 ans étant décédées par suicide entre 1984 et 1986. Les autopsies psychologiques, effectuées à l'aide des parents ou d'un adulte membre de la famille, des enseignants et d'amis, ont révélé une prévalence de 90 % de problèmes psychiatriques parmi leur échantillon. Les troubles les plus communs étaient un trouble de l'humeur, le trouble des conduites et la consommation

abusives de SPA. Toutefois, Portzky, Audenaert et van Heeringen (2009) ont comparé des adolescents s'étant suicidés à des jeunes hospitalisés sur un département de psychiatrie présentant des comportements suicidaires et ils ont constaté que les problèmes de consommation de SPA ne distinguent pas les deux groupes. De plus, les problèmes de consommation constituent la deuxième problématique psychiatrique la plus rencontrée après les troubles de l'humeur dans leur échantillon. Une étude québécoise, comparant des jeunes de 11 à 18 ans s'étant suicidés à un groupe contrôle composé d'adolescents de la population générale, montre que la dépression majeure et la toxicomanie sont deux facteurs distinguant les deux groupes. Parmi les jeunes s'étant suicidés, 60,1 % souffraient d'une dépression majeure, et 23,6 % d'un problème de consommation de SPA, tandis que ces taux sont de respectivement 3,6 % et 5,5 % dans le groupe contrôle (Renaud et al., 2008).

De plus, une étude portant sur la concomitance entre la toxicomanie et les comportements suicidaires montrent que 18 % des jeunes recevant des soins à l'urgence hospitalière après une tentative de suicide ont une consommation problématique de cannabis, alors que le taux est de 12 % pour l'alcool (Spirito, Mehlenbeck, Barnett, Lewander, & Voss, 2003).

Prévalence des comportements suicidaires chez les adolescents présentant une consommation problématique de SPA. Par ailleurs, selon les études, entre 10 et 30 % des adolescents en traitement de la toxicomanie ont fait au moins une tentative de

suicide au cours de leur vie (Berman & Schwartz, 1990) ou dans les deux années précédant leur entrée en traitement (Cavaiola & Lavender, 1999; Ramchand et al., 2008). En ce qui concerne les idéations suicidaires, elles oscillent entre 15 et 24 % dans l'année précédant l'entrée en traitement de la toxicomanie (Chan, Dennis, & Funk, 2008; Ramchand et al., 2008). L'étude de Chan et ses collègues (2008) précise que la consommation problématique de cannabis, d'alcool et la polyconsommation sont les plus fréquentes chez les jeunes rapportant des idéations suicidaires.

Dans le contexte québécois, Bertrand, Ménard et Plourde (2004) ont observé que 55 % des adolescentes de 14 à 18 ans et 29 % des adolescents admis dans un centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes ont des idéations suicidaires sérieuses à vie, alors que 48 % des unes et 11 % des autres rapportent une tentative de suicide au cours de leur vie. Ces prévalences sont plus élevées que celles observées chez les jeunes de 15 à 24 ans de la population générale, qui se situent, rappelons-le, à 4,7 % pour les tentatives de suicide et à 14,7 % pour les idéations suicidaires à vie (Kairouz et al., 2008).

L'étude de Bertrand et de ses collaborateurs (2004) montre également une différence significative entre les genres sur le plan des comportements suicidaires chez les adolescents en traitement de la toxicomanie. Les filles rapportent plus d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide que les garçons (Bertrand et al., 2004), alors que dans la population générale au Québec, il n'y a pas de différence entre les genres dans

les comportements suicidaires rapportés (Nanhou et al., 2010). Les données américaines montrent, pour leur part, qu'il y a surreprésentation des comportements suicidaires chez les femmes en général (Miller & Eckert, 2009; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). Selon Webb (2009), le risque suicidaire des adolescentes présentant un problème de consommation de SPA est accru par rapport à la population générale par la présence de problèmes concomitants souvent plus sévères que ceux de leurs équivalents masculins qui, eux, présentent davantage de troubles de la conduite. Dans la population générale, lorsque certains facteurs de risque sont contrôlés, par exemple la dépression ou les troubles alimentaires, la différence entre les genres n'est plus retrouvée (Wichstrøm & Rossow, 2002). Donc, l'impact du genre et des facteurs de risque sur les comportements suicidaires et le suicide sont des éléments qui restent à explorer afin de mieux saisir leurs interactions.

Toxicomanie et suicide : caractéristiques associées à la double problématique

Les études permettant d'identifier les caractéristiques qui distinguent les jeunes présentant la double problématique (problème de consommation de SPA et comportements suicidaires) de ceux qui présentent une seule de ces problématiques sont rares. Toutefois, quelques études portant sur l'évaluation de traitements ciblant cette double problématique ont permis d'en identifier quelques-unes.

Sur le plan de leur santé psychologique, plusieurs de ces jeunes présentent des symptômes dépressifs persistants, ont une médication prescrite pour un trouble mental

ou ont déjà été hospitalisés (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Esposito-Smythers et al., 2011). Par ailleurs, les liens entre les comportements suicidaires et la toxicomanie restent présents, même lorsque la contribution des troubles mentaux concomitants sont contrôlés (Miller et al., 2011).

Les adolescents avec la double problématique présentent également des problèmes scolaires, comme des troubles d'apprentissage, de haut taux d'absentéisme ou du décrochage scolaire. Sur le plan de leurs relations interpersonnelles, ces jeunes s'associent souvent à des pairs déviants afin d'éviter l'isolement et le rejet. Ils auraient peu de pairs non consommateurs ou soutenant. Donc, lorsqu'ils doivent mettre un terme aux liens avec leurs amis déviants ou consommateurs, ils se retrouvent seuls et éprouvent des difficultés à s'intégrer dans un nouveau réseau social (Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Sur le plan familial, ces jeunes sont souvent confrontés à des styles parentaux différents ou incohérents, à un parent souffrant d'un trouble mental (Esposito-Smythers & Goldston, 2008) ou à de multiples conflits familiaux ou parentaux (Brent, Perper, et al., 1994).

En ce qui concerne leur consommation de SPA, ces jeunes sont souvent ambivalents face à leur désir de la modifier ou ils ont fait des tentatives pour la cesser ou la réduire, mais celles-ci se sont souvent avérées vaines (Esposito-Smythers & Goldston, 2008).

Problèmes de santé mentale concomitants à la toxicomanie ou au suicide. Les problèmes de santé mentale concomitants chez les personnes présentant un problème de consommation de SPA sont de plus en plus envisagés comme une norme plutôt qu'une exception (Chan, Godley, Godley, & Dennis, 2009; Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2005) et intéressent les chercheurs depuis quelques années. L'étude de Renaud et ses collègues (2008) montre que 60 % des jeunes québécois de 11 à 18 ans décédés par suicide entre 2000 et 2003 présentaient au moins deux troubles mentaux, pouvant inclure les problèmes de consommation de SPA, lors de leur décès, et que 20 % avaient déjà fait une précédente tentative de suicide alors que les taux sont respectivement de 9,1 % et de 0 % pour le groupe contrôle.

Un élément qui complexifie les recherches sur les comportements suicidaires est que ceux-ci constituent à la fois un critère diagnostique pour la dépression majeure et pour le trouble de personnalité limite selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Donc, il serait possible de concevoir le suicide et les comportements suicidaires en tant que symptôme de la dépression ou d'un trouble de la personnalité. Toutefois, toutes les personnes qui ont des pensées suicidaires ou commettent des tentatives de suicide ne rencontrent pas les critères diagnostiques de ces deux troubles. Par exemple, certains auteurs émettent l'hypothèse que les tentatives ou les suicides seraient liés à l'impulsivité, dans certains cas (Bridge et al., 2006; Mann, Oquendo, et al., 1999), particulièrement lorsqu'il y a présence de consommation de SPA (Carballo,

Oquendo, Giner, Zalsman, Roche, & Sher, 2006; Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller, & Swann, 2004; Schilling et al., 2009).

Quelques constats plus généraux existent sur les liens entre le suicide et les troubles concomitants. Une étude auprès d'adolescents aux prises avec des problèmes psychiatriques montre que la prévalence de toxicomanie est significativement plus élevée chez ceux ayant commis de multiples tentatives de suicide comparativement à ceux ayant tenté de se suicider à une seule reprise (D'Eramo, Prinstein, Freeman, Grapentine, & Spirito, 2004), ce qui est particulièrement inquiétant considérant que la présence de tentatives de suicide antérieures est un facteur de risque de suicide (Bridge et al., 2006; Renaud et al., 2009). Par ailleurs, Tims et ses collègues (2002) ont trouvé que parmi 600 adolescents en traitement pour leur consommation problématique de SPA, 25 % manifestaient des problèmes internalisés (trouble de l'humeur ou anxieux), et que 61 % présentaient des problèmes externalisés (troubles des conduites, hyperactivité). Les prévalences des troubles concomitants sont donc élevées.

Différentes combinaisons spécifiques de troubles concomitants ont été étudiées. Néanmoins, la combinaison dépression/toxicomanie l'est particulièrement. Différentes études ont montré que la dépression et la toxicomanie étaient souvent concomitantes parmi les adolescents qui avaient eu des comportements suicidaires (Arria, O'Grady, Caldeira, Vincent, Wilcox, & Wish, 2009; Cavaiola & Lavender, 1999; Cosgrave et al., 2004; Wagner, Cole, & Schwartzman, 1996). Les deux éléments pris isolément

constituent des facteurs de risque de suicide (Bridge et al., 2006), toutefois lorsqu'ils sont combinés, le risque serait augmenté. Certains croient que la dépression est un problème indépendant des problèmes de consommation (Renaud et al., 2008) et que c'est leur interaction qui augmenterait le risque suicidaire (Kaminer, 1996). Par ailleurs, l'association entre les tentatives de suicide, la toxicomanie, la dépression majeure et le trouble d'anxiété généralisée se renforcerait de l'adolescence à l'âge adulte, peut-être en lien avec les difficultés que ces problématiques créent (Goldston et al., 2009).

Une autre combinaison fréquente est la consommation problématique de SPA et le trouble de la conduite qui sont aussi tous deux des facteurs de risque de suicide (Bridge et al., 2006). Le trouble de la conduite se manifeste entre autres par des comportements agressifs envers les gens ou les animaux, des comportements qui endommagent la propriété, le vol ou la violation des règles sociales de manière répétée (American Psychiatric Association, 1994). L'association entre la toxicomanie, le trouble de la conduite et les comportements suicidaires est aussi étudiée, puisque ces comportements seraient tous liés à la présence d'impulsivité (Goldston, 2004; Goldston, Daniel, & Arnold, 2006). De plus, ces comportements entraînent parfois une judiciarisation de la personne, ce qui peut précipiter une crise suicidaire (Goldston, 2004). Toutefois, cette combinaison aurait un impact moindre que celle formée par la dépression et la consommation problématique de SPA (Brent, 1995; Kelly, Lynch, Donovan, & Clark, 2001; Renaud et al., 2008).

D'autres chercheurs se sont intéressés à certains troubles de la personnalité qui pourraient être associés à un plus haut taux de suicide lorsqu'ils surviennent en concomitance avec une consommation problématique de SPA. Ces études portaient majoritairement sur des participants adultes, puisque la validité du concept de trouble de personnalité limite chez l'adolescent fait l'objet de critique (voir Bondurant, Greenfield, & Tse, 2004). Les personnes aux prises avec un trouble de personnalité état-limite ou antisocial seraient parmi les plus à risque de suicide lorsque ces troubles sont combinés à une consommation problématique d'héroïne (Darke, Williamson, Ross, & Teesson, 2005). Néanmoins, il est difficile d'affirmer que cela s'applique à d'autres SPA que l'héroïne ou aux adolescents puisque leur personnalité est encore en formation à ce moment même si certains traits pathologiques peuvent être présents. Toutefois, Brent, Johnson et leurs collaborateurs (1994) ont trouvé une association importante entre les troubles de la personnalité du groupe B, soit limite, histrionique, antisocial ou narcissique, et le suicide chez les adolescents, mais ils n'incluaient pas la consommation problématique de SPA dans leurs analyses.

Il est important d'évaluer la présence de troubles concomitants chez les adolescents débutant un traitement spécialisé, puisque ces troubles sont fréquents et qu'ils augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire (Renaud et al., 2005). La rétention en traitement de ces adolescents est aussi particulièrement difficile, et la persistance de tels problèmes entravent leur développement (Hawkins, 2009). Il faut donc porter une attention particulière aux problèmes concomitants afin d'offrir des services adaptés aux

besoins spécifiques de ces adolescents. Toutefois, les résultats des études à propos des liens entre les troubles concomitants et des comportements suicidaires sont encore trop partiels pour éclairer avec précision les mécanismes complexes permettant d'expliquer les interrelations entre suicide, troubles mentaux et toxicomanie.

Toxicomanie et suicide : processus de rétablissement

Il existe peu d'études sur le processus de rétablissement des adolescents en traitement présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires en traitement, et sa compréhension est un élément important afin de mettre en place les programmes les plus efficaces possibles. D'importantes variations sont notées en ce qui concerne les besoins et les résultats du traitement selon le profil biopsychosocial de l'adolescent lors de sa demande de services.

Adolescents suicidaires. Les éléments influençant le rétablissement des adolescents ne présentant que des comportements suicidaires, sans problème de toxicomanie concomitant, sont méconnus, car les recherches auprès de cette clientèle sont difficiles à réaliser. Par exemple, il serait questionnable sur le plan éthique d'effectuer chez cette clientèle des études contrôlées avec un groupe témoin ne recevant pas de traitement (Mishara & Weisstub, 2005; Spirito, Stanton, Donaldson, & Boergers, 2002). En outre, aucune des approches de traitement psychosociales des tentatives de suicide n'a prouvé son efficacité auprès des adolescents ayant commis un tel geste (Kalafat, 2005). Une recension des études évaluant les traitements disponibles pour les adolescents suicidaires

montre qu'ils ont une efficacité limitée quant à la réduction des comportements suicidaires, mais qu'ils permettent des améliorations sur le plan de l'utilisation des services, comme une réduction des hospitalisations ou une utilisation plus assidue des services externes (Daniel & Goldston, 2009). De plus, les traitements ciblant cette clientèle visent en général la gestion de la crise suicidaire ou des troubles mentaux qui sous-tendent les comportements suicidaires (Donaldson, Spirito, & Overholser, 2003; Rotheram-Borus, Goldstein, & Elkavich, 2002), mais l'accent devrait d'abord être mis sur la résolution de la crise suicidaire (Muehlenkamp, Ertelt, & Azure, 2008).

En outre, l'évolution à long terme des adolescents présentant une crise suicidaire est parfois chaotique, certains ne vivant qu'une seule crise, d'autres faisant plusieurs tentatives de suicide. Groholt, Ekeberg et Haldorsen (2006) ont revu 73 des 92 adolescents qu'ils avaient rencontrés neuf ans plus tôt après une tentative de suicide nécessitant une prise en charge médicale. Entre les deux temps de mesure, deux jeunes s'étaient suicidés, et 31 ont rapporté avoir fait au moins une autre tentative de suicide. Ces auteurs ont recensé comme facteurs prédisant la répétition des comportements suicidaires la présence d'une tentative de suicide antérieure, de désespoir, d'une dépression ou d'impulsivité ainsi que, chez les personnes présentant un trouble mental, l'isolement social (Groholt et al., 2006).

Adolescents présentant un problème de consommation de SPA. Différents éléments contribuant au succès ou à l'échec d'un traitement pour les problèmes de

consommation de SPA des adolescents ont été nommés dans la littérature. Toutefois, la définition du succès ou de l'échec varie selon les études, ce qui influence les éléments considérés comme favorables au traitement. Dans ce domaine, certains considèrent que le succès se définit comme l'abstinence (Hoch et al., 2012; Sterling, Chi, Campbell, & Weisner, 2009), soit l'arrêt de toute consommation de SPA. Pour d'autres, la réussite est une réduction significative de la consommation de SPA, des méfaits associés à celle-ci, une amélioration dans d'autres sphères biopsychosociales, l'abstinence ou la réadaptation de la personne (Carroll, Hides, Catania, Mathias, Greenwood-Smith, & Lubman, 2009; Colby, Lee, Lewis-Esquerre, Esposito-Smythers, & Monti, 2004; Williams & Chang, 2000). Selon Williams et Chang (2000), l'abstinence ne serait pas le meilleur critère de succès d'un traitement de la toxicomanie chez les adolescents, puisqu'une minorité de jeunes arrivent à l'abstinence ou à la maintenir à long terme. En outre, il leur semble peu réaliste de demander à un adolescent de ne plus consommer de SPA, incluant l'alcool, à vie. De plus, ils soulignent que la motivation au traitement est fréquemment le résultat des conséquences associées à la consommation problématique de SPA plutôt qu'à la consommation en elle-même (Williams & Chang, 2000). Globalement, il est intéressant de s'intéresser aux changements de la consommation de SPA et des dimensions biopsychosociales chez les adolescents en traitement pour leurs problèmes de consommation SPA pour définir le succès, sans toutefois négliger l'abstinence comme objectif possible à long terme.

Parmi les éléments plus généraux identifiés comme étant favorables au rétablissement des adolescents présentant un problème de consommation de SPA, il y a l'accessibilité à un traitement (Hser et al., 2001; Williams & Chang, 2000) et le fait que celui-ci s'adresse spécifiquement à cette clientèle (Bender et al., 2006). La présence de problèmes psychologiques ou légaux lors de l'admission en traitement entraîne fréquemment des résultats thérapeutiques moins favorables (Babor, Webb, Burleson, & Kaminer, 2002). En outre, il est nécessaire d'adapter les traitements pour les problèmes de consommation de SPA aux besoins spécifiques des adolescents tout en considérant l'importance de la famille et des pairs durant le traitement (Bender et al., 2006; Williams & Chang, 2000). L'implication de la famille dans le traitement des adolescents avec des problèmes de consommation de SPA est un élément favorable au traitement (Santé Canada, 2001), mais également à la rétention en traitement (Broome, Joe, & Simpson, 2001).

La rétention en traitement est un élément qui influence le rétablissement des adolescents présentant un problème de consommation de SPA (Battjes, Gordon, O'Grady, Kinlock, & Carswell, 2003; Chung & Maisto, 2009; Williams & Chang, 2000). Battjes et ses collaborateurs (2003) ont identifié que les aspects favorisant la rétention des adolescents en traitement de la toxicomanie étaient les conséquences négatives vécues associées à la consommation de SPA, la fréquentation de pairs peu déviants, la relation positive avec le thérapeute et l'absence de problèmes psychologiques ou émotionnels liés à la consommation. Le fait de subir de la pression pour entrer en

traitement serait par contre un facteur associé négativement à la rétention des adolescents en traitement (Battjes et al., 2003).

La motivation au traitement est un autre élément important à considérer. Plusieurs adolescents sont orientés vers le traitement de leurs problèmes de consommation par leur famille ou le système social ou judiciaire, ce qui a une influence négative sur la motivation au traitement (Battjes et al., 2003; Broome et al., 2001; Callaghan, Hathaway, Cunningham, Vettese, Wyatt, & Taylor, 2005). La motivation interne au traitement présente avant celui-ci influencerait également sa durée, ceux présentant une motivation plus faible abandonnant plus rapidement (Battjes et al., 2003; Callaghan et al., 2005; Chung & Maisto, 2009; Wei, Heckman, Gay, & Weeks, 2011).

Brunelle s'est intéressée aux trajectoires d'usage d'alcool et d'autres drogues d'adolescents de divers milieux en réalisant des récits de vie et des entrevues semi-structurées (Brunelle et al., 2000; Brunelle et al., 2002a; Brunelle et al., 2002b, 2005). La présence d'une intervention en toxicomanie, en centre jeunesse, ou d'une alliance thérapeutique sont des raisons liées au traitement que les jeunes fournissent pour expliquer une diminution ou un arrêt de consommation à certains moments de leur trajectoire. Cependant, les adolescents identifient également d'autres facteurs de réduction de leur consommation de SPA, non liés à un traitement, comme les conséquences associées à leur consommation, des événements particuliers (grossesse, témoin de la psychose toxique d'un ami), de nouveaux intérêts, l'influence positive de

l'entourage ou une prise de conscience (Brunelle et al., 2000; Brunelle et al., 2002a; Brunelle et al., 2002b, 2005). Malheureusement, peu d'études qualitatives s'attardant à la perspective subjective de la personne face à son processus de rétablissement sont disponibles.

Adolescents présentant un problème de consommation de SPA et des comportements suicidaires. Quelques études s'intéressant au processus de rétablissement des adultes présentant un problème de consommation de SPA se sont attardées à la diminution des problèmes psychologiques et des comportements suicidaires durant le traitement et à la suite de celui-ci. De plus, les résultats sont contradictoires. Certaines études ont identifié une diminution significative des idéations suicidaires chez les adultes en traitement pour leur toxicomanie (Gossop, Marsden, Stewart, & Treacy, 2002; Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh, & Ginzburg, 1989). D'autres ont observé une diminution significative des idéations et des tentatives de suicide seulement chez ceux recevant un traitement de type résidentiel (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997). Chez des adultes en traitement pour une consommation problématique d'héroïne, aucune diminution significative des tentatives de suicide n'a été identifiée au cours d'une période de 12 mois (Darke et al., 2005). Toutefois, des diminutions des symptômes dépressifs et des idéations suicidaires sont notées, ainsi qu'une réduction de certains facteurs de risque associés aux tentatives de suicide (Darke et al., 2005). Cette étude montre également que le manque d'amis proches est un des facteurs prédisant le plus une tentative de suicide

subséquente au traitement. Dans leur échantillon, les adultes présentant un problème de consommation de SPA qui avaient déjà fait une tentative de suicide présentaient à leur admission en traitement un niveau de détresse psychologique plus élevé, mais également douze mois après le début du traitement (Darke et al., 2005).

Selon Conason et ses collègues (2006), peu d'études se sont intéressées au traitement, tant psychosocial que pharmacologique, s'adressant à la fois aux problèmes de toxicomanie et aux comportements suicidaires chez les adolescents. À notre connaissance, il n'existe que deux études portant sur le traitement offert aux adolescents présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires, et celles-ci montrent l'impact positif d'une thérapie cognitive-comportementale incluant un volet familial sur les comportements suicidaires et la consommation de SPA (Esposito-Smythers et al., 2011; Esposito-Smythers et al., 2006). Dans la première étude, Esposito-Smythers et ses collègues (2006) constatent que leur traitement a permis d'améliorer la situation clinique, autant sur le plan de la consommation d'alcool que des comportements suicidaires, d'adolescents hospitalisés en psychiatrie présentant un problème concomitant de consommation d'alcool. De plus, la rétention en traitement et la présence aux rencontres au cours d'une période de 12 mois sont élevées. Toutefois, la taille réduite de l'échantillon, composé de six jeunes et de leurs familles, limite significativement la généralisation de leurs résultats.

La seconde étude (Esposito-Smythers et al., 2011) porte sur un échantillon de 40 jeunes présentant des comportements suicidaires ainsi qu'un problème de consommation d'alcool ou de cannabis bénéficiant de soins dans un département de psychiatrie. Ils ont comparé une thérapie cognitive-comportementale incluant un volet familial au traitement habituel, qui consiste en un suivi externe selon une approche choisie par les centres de services, rehaussée par une évaluation et un suivi psychiatriques réalisés par le psychiatre affilié au projet de recherche. Les résultats montrent une plus grande réduction de la consommation d'alcool ou de cannabis, des comportements suicidaires, du nombre d'arrestations, des consultations à l'urgence hospitalière ainsi que des hospitalisations chez les jeunes bénéficiant de la thérapie cognitive-comportementale. De plus, les jeunes et leur famille ayant bénéficié du traitement cognitif-comportemental présentent une meilleure rétention en traitement et assistent à un nombre supérieur de rencontres. Ces deux études appuient les recommandations pour le traitement des adolescents présentant des troubles concomitants qui suggèrent d'offrir un traitement intégré aux adolescents présentant à la fois un problème de consommation et un trouble mental (Bender et al., 2006; Chan et al., 2009; Esposito-Smythers et al., 2006; Hawkins, 2009).

Utilisation et prestation de services

Il est important de s'intéresser aux services offerts et reçus par les jeunes présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires afin de s'assurer que ceux-ci correspondent à leurs besoins. De cette manière,

le processus de rétablissement sera optimisé. Puisque la littérature concernant l'utilisation et la prestation de services spécifiques aux adolescents suicidaires est limitée, les renseignements concernant les jeunes présentant des troubles concomitants seront également présentés.

Les attitudes et les comportements de recherche d'aide sont des éléments importants dans l'obtention de services en santé mentale (Gould, Velting, Kleinman, Lucas, Thomas, & Chung, 2004). Cependant, plusieurs adolescents suicidaires ne présentent que peu ces attitudes (Gould et al., 2004). Selon l'étude de Gould et ses collaborateurs (2004), près du tiers des adolescents, présentant soit : 1) des idéations suicidaires, 2) des tentatives de suicide antérieures; 3) des problèmes de consommation de SPA ou; 4) des symptômes dépressifs, croient que les gens devraient être capables de faire face à leurs difficultés seuls. En outre, un peu plus du quart des adolescents dépressifs, présentant des idées suicidaires ou des antécédents de tentatives de suicide croient que la consommation de SPA est une bonne manière de contrôler les sentiments dépressifs (Gould et al., 2004). Ces croyances sont préoccupantes, car la consommation de SPA augmente la détresse psychologique (Gossop, 2005) et précipite parfois le passage à l'acte suicidaire (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005).

La rétention en traitement des adolescents suicidaires est restreinte. Une étude américaine a examiné la rétention en traitement de 143 adolescents suicidaires, et un peu plus de 40 % de ces jeunes ont vu leur suivi se terminer parce qu'ils avaient manqué

deux rendez-vous consécutifs. Toutefois, 91 % de l'échantillon avaient assisté à au moins une rencontre, avec une moyenne d'environ six (Piacentini et al., 1995). L'étude de Trautman, Stewart et Morishima (1993) montre que les adolescents suicidaires assistent à un nombre médian de trois rencontres, alors qu'il s'agit plutôt de 11 rencontres dans le cas des adolescents ne présentant pas de comportements suicidaires.

Un autre élément important à prendre en compte est le fait qu'entre 7 et 20 % des adolescents qui se suicident ont eu des contacts avec les services de santé mentale dans les trois mois précédant leurs gestes (Shaffer et al., 1996). Une étude plus récente révèle également que les jeunes s'étant suicidés sont significativement moins nombreux à avoir obtenu un traitement psychiatrique ou psychologique que le groupe de comparaison qui était constitué d'adolescents hospitalisés présentant des comportements suicidaires lors de leur admission (Portzky et al., 2009). Dans cette étude, 15,8 % des jeunes décédés par suicide étaient en traitement au moment de leur mort, et 26,4 % en avaient reçu auparavant, tandis qu'ils étaient 73,7 % à être traités dans le groupe contrôle, et 78,9 % qui en avaient bénéficié dans le passé (Portzky et al., 2009). Donc, la majorité des adolescents qui commettent un geste suicidaire n'auraient eu aucun contact avec les services de santé mentale avant leur passage à l'acte. Toutefois, ils utilisent d'autres services, comme l'urgence ou ceux offerts à l'école, où la vérification des idéations suicidaires n'est pas systématique, ce qui limite la référence vers des services appropriés à leur condition psychologique (Bridge et al., 2006).

La concomitance entre un problème de santé mentale et de consommation de SPA chez les adolescents crée des besoins différents de ceux des adolescents présentant une seule de ces problématiques. Par rapport à des jeunes présentant un problème de consommation de SPA, les jeunes avec des problèmes concomitants débutent leur consommation plus tôt, consomment plusieurs substances, en plus de consommer de manière plus régulière (Rowe, Liddle, Greenbaum, & Henderson, 2004). Grella, Vandana et Hser (2004) ont constaté que les adolescents présentant des troubles concomitants ont besoin de plus de services et reçoivent plus de services durant leur traitement de la toxicomanie. Toutefois, malgré qu'ils reçoivent parfois plus de services, ils obtenaient des améliorations plus modestes (Hawkins, 2009). Cependant, d'autres auteurs montrent que l'obtention de services intégrés, tels que définis antérieurement, pour les troubles concomitants amènent de meilleurs résultats et que ce type de traitement est même bénéfique pour les troubles psychiatriques légers (Sterling & Weisner, 2005). Par ailleurs, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge, les troubles concomitants peuvent avoir des conséquences à long terme telles que l'itinérance, des problèmes familiaux, interpersonnels, légaux ou médicaux (Hawkins, 2009), d'où l'importance d'y porter attention.

Les adolescents présentant un problème de consommation de SPA ainsi qu'un trouble concomitant ont souvent peu accès à des services intégrés traitant les deux problématiques. Anderson et Gittler (2005) ont comparé les services de santé mentale et de toxicomanie obtenus par des adolescents de milieu rural présentant soit un problème

de santé mentale, un problème de consommation ou les deux. Parmi les 50 adolescents ayant des troubles concomitants, seulement 30 % ont reçu des services en santé mentale et en toxicomanie, 44 % ont reçu les services pour leurs problèmes de consommation, et 26 % des services en santé mentale. Dans les trois conditions, les adolescents vivent des améliorations, toutefois les jeunes ne recevant que des services en santé mentale connaissent toujours des problèmes de consommation, et l'inverse est vrai pour les adolescents ne recevant que des services pour leurs problèmes de consommation (Anderson & Gittler, 2005). Toutefois, cette étude ne s'intéresse qu'aux adolescents provenant de milieux ruraux.

Donc, différentes études soulignent les prévalences importantes des comportements suicidaires chez les adolescents présentant un problème de consommation de SPA, et également, des taux importants de problème de consommation de SPA chez les jeunes ayant des comportements suicidaires. Quelques études se sont attardées aux caractéristiques particulières des jeunes présentant la double problématique. D'autres études identifient les éléments favorables ou entravant le rétablissement. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'impact des comportements suicidaires sur le rétablissement d'adolescents en traitement pour leur toxicomanie, autant en ce qui concerne leurs problèmes de consommation que leurs problèmes biopsychosociaux. La compréhension du processus de rétablissement des jeunes présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires est restreinte. En outre, la plupart des études considèrent le succès thérapeutique en ne

s'attardant qu'aux changements dans certaines sphères, comme les comportements suicidaires et la consommation de SPA ou en mesurant le taux d'abstinence, alors que le rétablissement est un processus multidimensionnel à long terme. En effet, il est important de documenter les conditions biopsychosociales associées à la consommation de SPA afin d'élaborer un plan de traitement adapté aux besoins de l'adolescent (Meyers, McLellan, Jaeger, & Pettinati, 1995). De ce fait, les cliniciens sont peu guidés afin d'effectuer une prise en charge optimale de cette clientèle (Ramchand et al., 2008), et un groupe de travail suggère d'évaluer la présence des comportements suicidaires comme mesure du succès thérapeutique chez les personnes en traitement de la toxicomanie (Erinoff et al., 2004).

De plus, il ne semble pas y avoir d'études québécoises qui se soient intéressées au rétablissement des adolescents présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires. Donc, il est important de s'intéresser au rétablissement et à la perspective subjective des adolescents présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires afin d'adapter les services en fonction de leurs besoins spécifiques.

Objectifs et hypothèses

Ce projet a pour but de décrire et de mieux comprendre, de façon multidimensionnelle, le processus de rétablissement d'adolescents en traitement de la

toxicomanie présentant des comportements suicidaires. Il comporte deux volets méthodologiques: quantitatif et qualitatif.

D'abord, le volet quantitatif de ce projet vise à comparer l'évolution d'adolescents en traitement de la toxicomanie, concernant la gravité des problèmes de consommation de SPA et des problèmes associés sur diverses autres sphères biopsychosociales, comme la santé psychologique, les relations familiales ou interpersonnelles, selon qu'ils présentent ou non des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement. Malgré la quantité restreinte de renseignements sur le rétablissement biopsychosocial des adolescents présentant un problème de consommation de SPA et des comportements suicidaires, la recension des écrits réalisée permet de formuler certaines hypothèses. Les hypothèses formulées sont que les adolescents présentant un problème de consommation de SPA ayant des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement présenteront : 1) un profil biopsychosocial plus détérioré à leur admission en traitement que les autres adolescents présentant un problème de consommation de SPA sans problématique suicidaire; 2) une diminution de la gravité de leurs problèmes de consommation de SPA et une amélioration de leur condition biopsychosociale lors des suivis de trois et de six mois suivant l'admission en traitement, tout en présentant des problèmes plus graves que le groupe de comparaison.

Ensuite, le second objectif, qui s'inscrit dans le volet qualitatif de ce projet, est de documenter en profondeur l'expérience pluridimensionnelle des adolescents qui présentent des comportements suicidaires en ce qui concerne leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant l'admission en traitement de la toxicomanie. En vue de mieux comprendre les particularités de leur expérience, celle-ci est contrastée avec celle d'adolescents présentant un problème de consommation de SPA en traitement de la toxicomanie ne rapportant pas de tels comportements.

Chapitre II

Méthodologie

La méthodologie de cette thèse est décrite dans le présent chapitre, car elle comprend deux volets méthodologiques : quantitatif et qualitatif alors que les sections méthodologiques des articles ne permettent pas nécessairement de les décrire en détail. Une redondance de certaines informations était toutefois inévitable.

La présente thèse s'inscrit dans le cadre d'une plus large étude intitulée : « Traitement pour les jeunes qui abusent de substances psychotropes : évaluation des résultats de l'intervention, du processus de changement et de la satisfaction de la clientèle » (Bertrand, Brunelle, Beaudoin, Richer, Lemieux, & Ménard, 2012, en ligne; Bertrand, Brunelle, Ménard, Richer, Lemieux, & Ledoux, 2009; Bertrand, Richer, Brunelle, Beaudoin, Lemieux, & Ménard, accepté). Il s'agit d'une étude longitudinale à devis mixte (quantitatif et qualitatif) en milieu naturel, menée auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents. Elle a pour objectif d'évaluer les programmes de traitement de la toxicomanie pour les adolescents de centres résidentiel et externe. Plus précisément, cette étude s'est attardée aux déterminants du processus de changement, autant les caractéristiques des jeunes en début de démarche que les éléments spécifiques ou non au traitement et à la satisfaction de la clientèle. La présente thèse s'intéresse plus spécifiquement au processus de rétablissement des adolescents de

cet échantillon présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires récents.

Le fait que la plus large étude se déroule en milieu naturel permet un recrutement directement dans les services offerts et d'ainsi évaluer l'impact des caractéristiques de la personne sur son rétablissement. De cette manière, la validité externe des résultats est augmentée tout comme leur généralisation, puisque cela correspond à ce qui se produit dans la réalité (Hser et al., 2001; Simpson, Joe, & Broome, 2002). De plus, le fait que cette étude se soit déroulée en milieu naturel permet d'intégrer un volet qualitatif au projet, car les recherches qualitatives doivent être réalisées là où les événements et les comportements humains surviennent, soit en milieu naturel (Creswell, 2009). En contrepartie, ce type d'étude a pour désavantage que les traitements offerts ne sont pas standardisés (Hser et al., 2001) et limite les possibilités de conclure à l'efficacité du traitement (Simpson et al., 2002).

Une méthodologie mixte est utilisée dans le cadre de cette thèse afin d'effectuer une combinaison de données, comme le suggèrent différents auteurs qui étudient l'efficacité des traitements en toxicomanie (Battjes, Onken, & Delany, 1999; Stahler & Cohen, 2000). La combinaison des méthodologies quantitative et qualitative permet d'en arriver à une meilleure compréhension du processus de changement des personnes présentant un problème de consommation de SPA (Battjes et al., 1999; Stahler & Cohen, 2000). L'utilisation de la méthodologie qualitative afin d'explorer le vécu et la perspective

subjective d'adolescents en traitement de la toxicomanie se justifie notamment par le peu de littérature sur le processus de rétablissement de cette clientèle particulière. En outre, il est reconnu que l'obtention de la perspective des acteurs sociaux permet le développement d'interventions adaptées aux besoins, aux désirs et aux capacités de ceux-ci (Poupart, 1997). L'intégration des données a été réalisée selon un modèle de convergence. Les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et analysées séparément et dans le cadre de la discussion de cette thèse, les résultats ont ensuite été comparés et contrastés pour en faire l'interprétation (Creswell & Plano Clark, 2007). L'utilisation de l'intégration des données a permis de jumeler les renseignements quantitatifs obtenus auprès d'un plus large échantillon, mettant en évidence certaines tendances aux renseignements qualitatifs, offrant une profondeur et des détails provenant d'un échantillon plus spécifique (Creswell & Plano Clark, 2007).

Le traitement reçu par les adolescents au cours de la plus large étude variait selon le centre de provenance de l'adolescent. Le centre externe utilise un programme inspiré du Cannabis Youth Treatment (Sampl & Kadden, 2001; Webb, Scudder, Kaminer, & Kadden, 2002) qui est une approche cognitivo-comportementale et qui inclut des entretiens motivationnels ainsi que quelques rencontres familiales. Des rencontres individuelles et de groupe peuvent être réalisées. Ce programme a une durée variable selon les besoins de l'adolescent. L'objectif de ce programme est d'obtenir une réduction des méfaits associés à la toxicomanie, conçue comme une approche qui intègre une variété d'objectifs allant de la réduction des conséquences de la consommation, à la

réduction de celle-ci jusqu'à l'abstinence, selon le choix de la personne en traitement (Landry & Lecavalier, 2003). Quant au programme des centres internes, il s'appuie sur une adaptation du modèle Minnesota (12 étapes) (Anderson, McGovern, & DuPont, 1999; McElrath, 1997) et inclut également quelques rencontres familiales. Des services de type résidentiel, où le jeune quitte son milieu de vie pour résider temporairement au centre de traitement, sont offerts aux adolescents pendant 10 semaines. De plus, un suivi postcure hebdomadaire d'une durée de quatre mois est offert aux adolescents qui complètent le volet résidentiel. L'abstinence est visée par ce programme, bien que la notion de choix de l'objectif à poursuivre après le traitement résidentiel est mise de l'avant.

Le Tableau 1 offre un résumé des principales caractéristiques des deux centres de traitement. Les centres de réadaptation en dépendance ont la responsabilité d'offrir un continuum de services aux adolescents présentant un problème de consommation (Bertrand et al., 2006) et des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec, 2011; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000) ont été mis en place afin de s'assurer que l'intensité des services corresponde à la sévérité de la problématique présentée par l'adolescent. En ce sens, ces deux centres œuvrent en complémentarité, offrant en collaboration des services d'intensité variable aux jeunes de leur région, les mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie assurant une coordination de l'offre de services selon des principes

d'appariement entre les besoins du jeune et le service à offrir (Brunelle, Cousineau, & Ledoux, 2012).

Tableau 1

Principales caractéristiques de chacun des centres de traitement

Caractéristiques	Centre de provenance	
	Résidentiel	Externe
Objectif	Abstinence	Réduction des méfaits
Durée	10 semaines en résidentiel 4 mois de postcure hebdomadaire	Selon les besoins de l'adolescent
Intervention	Individuel Groupe	Individuel Groupe
Approche	Modèle Minnesota	Entretien motivationnel Thérapie cognitive- comportementale
Volet familial	Quelques rencontres de prévues	Quelques rencontres de prévues

Volet quantitatif

Participants

L'échantillon du volet quantitatif provient de la plus large étude (Bertrand et al., 2009). Il est composé de 199 jeunes âgés entre 13 et 18 ans, recrutés, entre novembre 2005 et novembre 2006, lors de leur admission dans un centre de réadaptation en dépendance offrant des services externes ou résidentiels.

Deux questions sont choisies afin de former le sous-groupe cible à l'étude, soit celui des adolescents présentant des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement. Le groupe suicide (GS) est composé des adolescents ayant répondu par l'affirmative, lors de leur admission en traitement, à la question « Au cours des 30 derniers jours, as-tu eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario) ? » ou « Au cours des 30 derniers jours, as-tu tenté de te suicider ? ». Pour que la réponse soit affirmative à la première question, le jeune devait avoir planifié où, quand et comment il se suiciderait. Ces deux questions se trouvent dans *l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents* (Landry et al., 2002), qui était administré par un clinicien sous forme d'entrevue structurée et qui impliquait un jugement clinique, notamment sur la présence ou non d'un plan suicidaire défini par un moyen, un lieu et un moment précis.

La fenêtre temporelle des comportements suicidaires survenus au cours des 30 derniers jours a été préférée à celle des comportements suicidaires à vie parce qu'il est plus probable que ces jeunes aient vécu une crise suicidaire récente et que l'objectif

de cette thèse est de documenter l'évolution de cette clientèle particulière. Une étude auprès d'adultes présentant des problèmes de consommation de SPA souhaitant comparer ceux ayant fait une tentative de suicide récente à ceux n'ayant pas commis un tel geste a aussi utilisé le critère des 30 derniers jours avant l'admission en traitement (Ilgen, Tiet, Finney, & Harris, 2005). Cette fenêtre temporelle est également suggérée par l'Organisation mondiale de la santé (2011) ainsi que par d'autres regroupements œuvrant à la prévention du suicide (Jacobs, 2007) pour évaluer les comportements suicidaires. De plus, des outils validés et reconnus, spécifiques aux comportements suicidaires comme le *Suicidal Ideation Questionnaire* (Reynolds, 1988) utilisent la même fenêtre temporelle.

Les adolescents ayant présenté des idéations suicidaires ont été regroupés avec les adolescents ayant fait une tentative de suicide, puisque la problématique du suicide peut être conçue comme un continuum (Miller & Eckert, 2009), mais également car l'étude des idéations suicidaires et des tentatives de suicide est importante afin de mieux prévenir et comprendre le suicide (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996).

L'échantillon final utilisé dans le cadre de cette thèse est composé de 181 jeunes, car 18 jeunes n'ont pas répondu aux questions utilisées pour la formation des sous-groupes. Les analyses ne montrent aucune différence entre les adolescents ayant répondu aux deux questions utilisées pour la formation des sous-groupes et ceux n'ayant pas répondu à ces mêmes questions sur le plan du genre, du centre de provenance, du niveau de

scolarité, de la structure familiale, du milieu de vie ainsi que les sphères de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002). L'âge moyen est de 15,6 ans ($\text{ÉT} = 1,13$), et les garçons représentent 61,3 % des participants. Les jeunes proviennent à 50,3 % des centres résidentiels, et à 49,7 % du centre externe. Au cours de leur vie, en excluant les 30 derniers jours avant l'admission en traitement, 57,1 % des adolescentes rapportent des idéations suicidaires contre 28,8 % des adolescents. En ce qui a trait aux tentatives de suicide, 40 % des adolescentes indiquent en avoir fait contre 16,4 % des adolescents. La proportion d'antécédents de comportements suicidaires chez les participants de notre étude se compare aux taux documentés chez des sous-populations similaires (Bertrand, et al., 2004; Cavaola & Lavender, 1999; Ramchand, et al., 2008).

Cette étude étant longitudinale, une partie des adolescents n'ont pas été rejoints ou ont refusé de poursuivre leur participation au projet de recherche lors des suivis de trois et six mois. Les taux de relances sont de 75,1 % pour la relance de trois mois après l'admission en traitement (136/181), et de 63 % (114/181) pour celui de six mois. Malgré que ce taux de relance soit inférieur à celui obtenu par une étude récente auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (Burleson, Kaminer, & Burke, 2012), il est similaire à ceux d'autres études menées auprès de cette clientèle (Chan, et al., 2009; Hser, et al., 2001). Des taux de relances semblables aux nôtres sont considérés acceptables par la Food and Drug Administration (1999), car ils permettent de s'assurer de la représentation des personnes rencontrées au départ, mais aussi de la possibilité de généraliser les résultats obtenus dans une certaine mesure (Festinger, Marlowe, Dugosh,

Croft, & Arabia, 2008). Les analyses comparatives entre les jeunes ayant participé à l'ensemble de l'étude et ceux n'ayant pas complété les relances de trois ou de six mois ne montrent aucune différence significative en ce qui concerne plusieurs dimensions : âge, genre, centre de provenance, niveau de scolarité, structure familiale, milieu de vie et score aux différentes sphères de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002).

Instruments de mesure

Pour le volet quantitatif, l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO)* (Landry et al., 2002) a été utilisé pour évaluer les changements dans huit différentes sphères biopsychosociales de la vie de l'adolescent. Cet instrument permet de mesurer 10 sphères, soit la consommation de SPA, la situation médicale, occupationnelle (école, emploi, loisirs), psychologique, interpersonnelle, familiale et sociale/judiciaire de l'adolescent. Il est à noter que les sphères loisirs et travail ont dû être retirées des analyses, car elles ne respectaient pas le postulat de normalité nécessaire pour les analyses de variance de type General Linear Model (GLM) (Tabachnick & Fidell, 2007). Des transformations ne permettaient pas de résoudre les difficultés, car la majorité des jeunes rapportaient peu ou pas de difficultés dans ces deux domaines.

La version clinique de l'instrument évalue en détail la situation biopsychosociale de l'adolescent dans les 30 derniers jours, ainsi qu'au cours de sa vie sans prendre en considération les 30 derniers jours. La version abrégée de l'instrument s'intéresse également à la fenêtre des 30 derniers jours et est constituée principalement par les items

utilisés pour le calcul des scores composés et vérifie également la présence de comportements suicidaires (Landry, Bergeron, Provost, Germain, & Guyon, 2000). L'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002) version clinique était administré par l'intervenant lors de l'admission en traitement et l'*IGT-ADO* version abrégée était administré par des agents de recherche formés lors des suivis de trois mois et de six mois.

Le choix d'examiner les 30 derniers jours a été fait par les auteurs de l'instrument afin de vérifier les problèmes récents vécus par l'adolescent, car l'évaluation de la gravité des problèmes de consommation des adolescents « doit s'appuyer davantage sur la mesure des situations problématiques actuelles ou récentes » (Landry et al., 2000, p.13). La stabilité temporelle de l'*IGT-ADO* varie de 0,688 à 0,924 selon les sous-échelles. L'alpha de Cronbach varie de 0,70 à 0,85 (Landry et al., 2000).

Afin de mesurer la sévérité des problèmes biopsychosociaux, pour chacune des dix sphères évaluées par cet instrument, un score composé est calculé selon une méthode standardisée. Un score continu entre 0 et 1 est obtenu, où « 1 » signifie que la situation est plus problématique. Le choix des items constituant les scores composés a été fait selon leur pertinence clinique et leur représentativité des concepts évalués par chacune des échelles (Landry et al., 2000). Chaque score composé est minimalement calculé à l'aide de l'évaluation de l'adolescent du nombre de jours où il a éprouvé des difficultés avec cette échelle dans les 30 derniers jours, de sa préoccupation quant à ses difficultés ainsi que de son besoin d'aide dans ce domaine. Une échelle d'évaluation subjective de

cinq niveaux, 0 représentant « pas du tout » et 4, « extrêmement », était utilisée pour évaluer le niveau de préoccupation et de besoin d'aide ressentis par l'adolescent.

Par exemple, le score composé de l'échelle psychologique est calculé à l'aide des trois items qui composent minimalement chaque échelle ainsi que de 14 autres questions. Ces questions vérifient si l'adolescent a connu oui ou non une période prolongée dans les 30 derniers jours où des symptômes psychologiques comme la présence d'anxiété, d'éléments dépressifs, de troubles alimentaires, de comportements suicidaires se sont manifestés ou s'il y avait prise de médication pour un trouble psychiatrique. Pour le calcul du score composé de cette échelle, deux données manquantes sont permises. Le calcul se fait de la manière suivante, les items comprenant un nombre de jours sont divisés par 30, ceux utilisant l'échelle d'évaluation subjective sont divisés par quatre, alors que les questions répondues par l'affirmative valent 1 et sont toutes additionnées aux résultats des précédentes divisions. Le total obtenu est divisé par le nombre de réponses fournies à cette échelle et multiplié par 1 000. Finalement, ce résultat est divisé par 1 000 afin d'obtenir un score entre 0 et 1. Dans le cas de l'échelle drogue, elle est évaluée à l'aide de 11 items, comprenant entre autres le nombre de jours de consommation de différentes drogues comme le cannabis, les hallucinogènes, la cocaïne ou le GHB, mais excluant l'alcool qui a son propre score composé. Le calcul du score composé de cette sphère est fait d'une manière similaire à celle de l'échelle psychologique, sauf qu'aucune donnée manquante n'est acceptée. Pour

de plus amples renseignements sur le calcul des scores de l'*IGT-ADO*, il est possible de consulter le manuel d'utilisation (Desjardins, Germain, & Provost, 2005).

Déroulement

Le recrutement des participants et l'information générale transmise concernant le but et le déroulement de la plus large étude ont été faits par l'intermédiaire des intervenants des centres de réadaptation en dépendance participant à ce projet de recherche qui reçoivent les demandes de services des adolescents et de leurs parents, avec l'aide d'un dépliant explicatif. Après l'obtention d'un consentement de la part des adolescents à communiquer leur nom et leur numéro de téléphone à l'équipe de recherche, les jeunes ont été contactés par un membre de l'équipe de recherche afin d'obtenir le consentement des parents et de fixer le premier rendez-vous pour l'administration des autres questionnaires utilisés pour la plus large étude.

Analyses

Des tests du khi-carré et des tests t sur deux échantillons indépendants ont servi à identifier les différences entre les groupes sur le plan sociodémographique et de leur situation biopsychosociale lors de l'admission en traitement et lors des suivis.

Afin de dresser un portrait de l'évolution de la consommation des adolescents au cours de la période de six mois, des analyses de variance de type GLM à plan mixte (Rutherford, 2001) pour deux groupes par trois temps de mesure ont été utilisées. Des

analyses post-hoc de type Bonferroni ont été effectuées afin de déterminer de quelle manière les groupes évoluent dans le temps lorsque l'interaction était non significative entre l'appartenance ou non au GS et les temps de mesure. Lorsqu'une interaction significative était identifiée par les GLMs, une analyse des effets simples était réalisée (Maxwell & Delaney, 1990) afin de séparer l'interaction des effets principaux (Rosenthal & Rosnow, 1991). Pour ce faire, tel que suggéré par Roberts et Russo (1999), par Howell, Yzerbyt et Bestgen (2008) des ANOVAs et des analyses post-hoc de Bonferroni ont été utilisées en fixant le groupe, pour identifier l'effet du temps à travers chaque groupe indépendamment et des tests t ont été faits en fixant le temps, pour vérifier les effets de groupe à chaque temps de mesure, pour ainsi déterminer l'impact qu'a un facteur sur l'autre (Oshima & McCarty, 2000). Ce choix nous privait de degré de liberté, mais a été privilégié vu le nombre restreint de comparaisons à effectuer.

Des tests exacts de Fisher ont été utilisés afin de comparer la présence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide entre les groupes lors de deux temps de suivi, car les effectifs de certaines cellules étaient en deçà de cinq (Shavelson, 1988), ce qui excluait l'utilisation du test du khi-carré. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de SPSS 15.0.

Les analyses ont été réalisées sur l'ensemble de l'échantillon, même si cela avait pour conséquence un nombre inégal de participants dans les deux groupes formés. Cette décision est liée au fait que nous assumons que le nombre inégal de participants dans

chaque groupe est le reflet de ce qui est retrouvé dans cette population (Tabachnick & Fidell, 2007). L'échantillon obtenu ici est similaire à celui rapporté par d'autres études en ce qui concerne les antécédents de comportements suicidaires ainsi qu'en ce qui concerne la consommation de SPA (Bertrand et al., 2004; Cavaola & Lavender, 1999; Ramchand et al., 2008).

Malgré les différences identifiées entre les groupes sur le plan du genre, du centre de provenance et du statut familial, nous avons choisi de prioriser l'analyse en fonction de la présence des comportements suicidaires uniquement. Ce choix s'explique par la taille limitée de notre échantillon ainsi que par le fait que l'ajout de covariables aurait diminué la puissance statistique permettant d'identifier les différences de moyennes (Rutherford, 2001). L'échantillon total est de 181 participants, mais le GS est composé de 25 jeunes lors de l'admission. Toutefois, l'attrition et les données manquantes pour certaines variables ont pour conséquence qu'entre 12 et 14 jeunes composent le GS pour les analyses de type GLM, ce qui limite le nombre de variables dépendantes pouvant être considérées.

Volet qualitatif

Le volet qualitatif de cette thèse est exploratoire et s'appuie sur une approche phénoménologique décrite précédemment (Giorgi, 1997; Giorgi & Giorgi, 2008). Ce devis a été choisi étant donné que la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires est un domaine de recherche encore peu exploré.

Dans ce contexte, il s'avère pertinent d'adopter une démarche de recherche exploratoire afin de comprendre le phénomène en recueillant de l'information en profondeur auprès d'un petit nombre de participants (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1996).

Participants

Dans le cadre de la plus large étude, un sous-groupe de 27 jeunes volontaires a été rencontré, parmi les 199 adolescents ayant participé au volet quantitatif, afin de participer à un entretien qualitatif en profondeur semi-structuré. Un échantillonnage théorique a été utilisé à partir de caractéristiques conceptuellement représentatives (Patton, 2002), que nous nommerons « variables stratégiques » : le genre, le centre de traitement de référence (résidentiel ou externe) et le lieu géographique (Bertrand et al., 2009) afin de composer cet échantillon de 27 adolescents. Ces éléments peuvent influencer le processus de rétablissement des adolescents rencontrés et assurent une représentation des différentes facettes du phénomène plus large étudié, soit le processus de rétablissement (American Society in Addiction Medicine, 2007; Reinhardt, Bischof, Grothues, John, Meyer, & Rumpf, 2008). L'objectif de cette thèse étant de mieux comprendre le processus de rétablissement des jeunes présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires en traitement, ces variables n'étaient pas utilisées à des fins de comparaison.

Par ailleurs, le principe de saturation empirique (Pires, 1997) a été appliqué sur l'ensemble de l'échantillon, soit les 27 entretiens. Le recrutement s'est terminé lorsque

la saturation empirique a été atteinte en regard de la notion de processus de rétablissement. La saturation empirique signifie que les entrevues subséquentes « n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier l'augmentation du matériel empirique » (Pires, 1997, p.156-157).

La recherche qualitative, de nature exploratoire, permet de modifier les questions de recherche, la cueillette de données ou les analyses en fonction de l'information recueillie, des données émergeant en cours d'analyse, avec l'objectif ultime d'approfondir un problème ou une situation (Creswell, 2009). Dans le cas de la présente thèse, au cours des analyses préliminaires, un sous-groupe de huit jeunes a émergé et a permis de constituer le groupe suicide (GS). Ces jeunes rapportent des comportements suicidaires, soit : 1) lors de l'entretien qualitatif où ils évoquent spontanément la présence de comportements suicidaires peu avant leur entrée en traitement ou au cours de leur rétablissement; 2) lors des 30 jours précédant l'admission en traitement ou des suivis de trois et de six mois, comme rapporté lors de la passation de l'IGT-ADO (Landry et al., 2002). Les jeunes devaient avoir répondu « oui » à l'une des questions suivantes :

- « Au cours des 30 derniers jours, as-tu eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)? »; ou
- « Au cours des 30 derniers jours, as-tu tenté de te suicider? ».

Les entretiens réalisés avec ces huit adolescents présentant des comportements suicidaires au cours de leur processus de rétablissement ont été comparés à ceux menés auprès des 19 autres adolescents afin de contraster leur expérience dans les services, mais également de ressortir les particularités dans le processus de rétablissement du premier groupe.

Les analyses réalisées à l'aide de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002) complété lors de l'admission en traitement ne montrent aucune différence sur le plan du genre, du centre de provenance, du niveau de scolarité, de la structure familiale, du milieu de vie ainsi que des échelles de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002) entre les adolescents du groupe rapportant des comportements suicidaires et ceux du groupe ne rapportant pas de tels comportements.

Les données recueillies à l'aide de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002) administré lors des trois temps de mesure ainsi que l'information recueillie au cours de l'entretien de recherche ont permis d'identifier le type de comportements suicidaires et à quel moment ils sont survenus dans le processus de rétablissement. Le Tableau 2 montre la répartition des comportements suicidaires chez les jeunes rencontrés.

Tableau 2

Répartition des comportements suicidaires chez les jeunes du GS

Type de comportements suicidaires	Moments des comportements suicidaires		
	Dans les 30 jours précédant l'admission	Au cours des 6 mois du projet	Avant et pendant le projet
Idéations suicidaires	1	0	1
Tentatives de suicide	2	2	0
Idéations suicidaires et tentatives de suicide	0	0	2

Mode de cueillette de données

Des entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés (Boutin, 1997) ont été utilisés. Ces entretiens étaient menés sous forme de récits de pratique (Bertaux, 2005) d'une durée approximative de 45 minutes et centrés sur le processus de changement et la perception des jeunes face aux services reçus. Ils ont permis d'obtenir la perspective subjective des jeunes quant aux dimensions individuelles, sociales et institutionnelles ayant pu influencer leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant leur entrée en traitement.

Les entretiens étaient guidés par une grille comprenant des thèmes liés aux questions de recherche : 1) l'évolution de la gravité des problèmes d'alcool et d'autres drogues lors d'une période de six mois suivant l'admission en traitement; 2) l'évolution de dix sphères biopsychosociales (alcool, drogue, santé physique, école, loisirs, travail,

état psychologique, relations interpersonnelles, relations familiales, situation légale); 3) l'expérience pluridimensionnelle, dont le vécu émotif, cognitif et comportemental, de ces jeunes au cours de leur processus de rétablissement ainsi que leurs perceptions quant aux dimensions individuelles, sociales et institutionnelles ayant pu l'influencer et; 4) le vécu des participants au cours de leur traitement.

Déroulement

Les jeunes ont été rencontrés lors de leur admission en traitement, à trois mois et à six mois, afin de compléter le volet quantitatif du projet de recherche plus large, comprenant la passation de l'IGT-ADO (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002). Le recrutement pour le volet qualitatif s'est fait parmi les participants de ce volet quantitatif ayant consenti à être sollicités pour participer à un entretien semi-structuré d'environ 45 minutes, six mois après leur admission en traitement. Ce choix du moment de l'entretien se justifie par le fait que la phase active du traitement était complétée pour la plupart des jeunes et qu'il était ainsi possible d'obtenir leur satisfaction face aux services et de documenter à moyen terme leur processus de rétablissement. Les participants étaient alors contactés par un agent de recherche. Les entretiens se sont déroulés dans les locaux des centres de traitement ou au domicile du participant.

Ce projet de recherche a fait l'objet d'une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT/2005-033) et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-07-123-06.11).

Analyses

L'analyse des entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés a débuté par la lecture de tous les entretiens réalisés, comme prescrit par l'approche phénoménologique telle que conceptualisée par Giorgi (Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008), afin de dégager le sens global des données obtenues tout en maintenant une attitude de réduction phénoménologique. L'analyse s'est poursuivie selon la méthode d'analyse du contenu thématique (Ghiglione & Matalon, 1998). Des unités de significations (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008) ont donc été identifiées et ont permis l'élaboration des catégories conceptuelles détaillées qui ont formé la grille de codification. Une grille de codification mixte a été utilisée. Une procédure close, incluant certains thèmes qui ont été préétablis en lien avec la grille d'entretien (voir Tableau 7 aux pages 157 et 158 du chapitre IV) a été associée à une procédure ouverte où les thèmes émergents, par exemple l'aide formelle reçue pour la santé psychologique, ont été identifiés pour ensuite permettre la comparaison entre les entretiens du GS et ceux du GC (Ghiglione & Matalon, 1998). Par la suite, des analyses verticale et ensuite transversale ont été faites afin d'identifier les thèmes récurrents (Miles & Huberman, 1994) et de contraster les entretiens du GS à ceux du GC. Ces analyses ont été faites à l'aide du logiciel NVIVO8.

Cette thèse ayant été réalisée selon une approche phénoménologique, la recherche du sens des données obtenues (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005) était visée afin de bien comprendre le phénomène étudié, soit le processus de rétablissement des

adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires. De ce fait, tous les cas de figure sont importants à considérer afin de dégager les points de convergence et de divergence entre les personnes vivant un même phénomène (Giorgi, 1997). Aucun chiffre n'est rapporté dans ce contexte afin d'obtenir une représentation des différentes facettes du processus de rétablissement plutôt que d'obtenir une représentativité statistique. Toutefois, au chapitre IV, lorsqu'un aspect du phénomène étudié n'était rapporté que par une seule personne, cela est clairement mentionné dans le texte.

Chapitre III

Article 1 : Traitement de la toxicomanie : Comment évoluent les adolescents ayant des comportements suicidaires?

Ledoux, C., Bertrand, K., & Brunelle, N. (soumis). Traitement de la toxicomanie :
Comment évoluent les adolescents ayant des comportements suicidaires?
Revue québécoise de psychologie.

TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE : COMMENT ÉVOLUENT LES ADOLESCENTS AYANT DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES?

Cinthia Ledoux

Université du Québec à Trois-Rivières

Karine Bertrand

Université de Sherbrooke

Natacha Brunelle

Université du Québec à Trois-Rivières

Note des auteures

Cinthia Ledoux, candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec; Karine Bertrand, Ph.D., professeure agrégée aux programmes d'études et de recherche en toxicomanie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Campus Longueuil, Longueuil, Québec.; Natacha Brunelle, professeure titulaire au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec.

Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de la première auteure.

L'auteure principale aimerait remercier la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées pour son soutien financier et matériel, l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, le CRSH (subvention ARUC) et le Fonds de recherche sur la société et la culture pour leur soutien financier ainsi que Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec et les centres Le Grand Chemin pour leur collaboration au projet de recherche.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Karine Bertrand, Ph.D., Université de Sherbrooke, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Campus de Longueuil, 150, place Charles-LeMoyne, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0A8 (Courriel : karine.bertrand@usherbrooke.ca).

TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE : COMMENT ÉVOLUENT LES ADOLESCENTS AYANT DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES?

RÉSUMÉ

Cette étude compare l'évolution, au cours d'une période de six mois, de la gravité des problèmes de consommation de psychotropes et biopsychosociaux, par exemple interpersonnels, familiaux ou psychologiques, chez des jeunes présentant ou non des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement de la toxicomanie. Les problèmes psychologiques et de consommation d'alcool sont plus graves et persistants chez les jeunes présentant des comportements suicidaires. Il s'avère pertinent d'intervenir de façon intégrée auprès de cette clientèle et de mesurer le succès d'une démarche au moyen de multiples indicateurs, notamment ceux liés à la santé mentale.

Mots-clés : Suicide, toxicomanie, adolescence, traitement, rétablissement.

ADDICTION TREATMENT: HOW DOES ADOLESCENTS WHO EXHIBIT SUICIDAL BEHAVIORS EVOLVE?

ABSTRACT

This study compare the evolution, over a six-month period, of the severity of the problems with drugs and alcohol consumption and in others domains, such as psychological difficulties, interpersonal and family relationships, among youth who exhibit or not suicidal behaviors in the 30 days before entering addiction treatment. Problems with alcohol consumption and psychological difficulties are more severe and persistent among teenagers who exhibit suicidal behaviors. It is appropriate to use an integrated treatment with those teenagers and to measure outcomes of addiction treatment using multiple indicators, particularly those related to mental health.

Keywords: Suicide, addiction, adolescence, treatment, recovery.

Les comportements suicidaires (idéations suicidaires ou tentatives de suicide) et les problèmes de consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes sont deux problématiques préoccupantes. Concernant le suicide, les données provisoires de 2009 au Québec montrent que parmi les 1 068 personnes décédées par suicide, 45 étaient des jeunes âgés entre 0 et 19 ans (Gagné, Légaré, Perron, & St-Laurent, 2011). Il est important de noter que le taux de suicide chez les jeunes québécois de 15 à 19 ans diminue depuis 1999 (Gagné & St-Laurent, 2010) et qu'ils présentent maintenant les plus bas taux de suicide en fonction de l'âge (Gagné, et al., 2011). Au Québec, 14,7 % des jeunes de 15 à 24 ans de la population générale rapportent des idéations suicidaires, et 4,7 % indiquent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Kairouz, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008). En ce qui a trait à la consommation de SPA, 5,9 % des jeunes québécois fréquentant l'école secondaire présentent une consommation à risque, et 6,0 % ont une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée (Cazale, Fournier, & Dubé, 2009). La consommation précoce est inquiétante parce qu'elle est associée à un risque de développer des troubles mentaux ou de se chroniciser à l'âge adulte (Brooke, Saar, Zhang, & Brooke, 2009; Flanzer, 2005; Palmer et al., 2009). Les relations entre les comportements suicidaires et la toxicomanie sont cependant complexes. Par exemple, la présence d'un trouble mental concomitant à une consommation problématique de SPA serait un facteur de risque supplémentaire pour le passage à l'acte suicidaire. Les connaissances au sujet des effets des comportements suicidaires sur le processus de rétablissement de la toxicomanie sont limitées, alors qu'il est important de les considérer lors du traitement (Erinoff et al., 2004).

Les études américaines qui se sont intéressées à la concomitance de ces deux problématiques rapportent qu'entre 18 et 30 % des jeunes en traitement de la toxicomanie ont fait une tentative de suicide avant leur entrée en traitement (Cavaola & Lavender, 1999; Ramchand, Griffin, Harris, McCaffrey, & Morral, 2008). Les résultats d'une étude québécoise

vont dans le même sens, 48 % des adolescentes en traitement de la toxicomanie et 11 % des adolescents rapportant une tentative de suicide au cours de leur vie (Bertrand, Ménard, & Plourde, 2004). Ces taux s'avèrent bien plus élevés que ceux retrouvés chez les jeunes québécois de 15 à 24 ans de la population générale, qui sont de 4,7 % (Kairouz, et al., 2008).

Pourtant, les études évaluatives sur les interventions en toxicomanie pour les jeunes ne tiennent généralement pas compte de l'influence des comportements suicidaires sur l'évolution des adolescents en traitement, elles permettent plutôt d'identifier des éléments généraux comme étant favorables ou défavorables au rétablissement. Par exemple, il fait consensus que l'accessibilité à un traitement (Hser et al., 2001; Williams & Chang, 2000) et le fait que celui-ci s'attarde aux particularités développementales de cette clientèle (Bender, Springer, & Kim, 2006) favorise le succès de la démarche de rétablissement du jeune en traitement de la toxicomanie. En outre, l'implication de la famille dans le traitement est un élément favorable à la rétention en traitement (Broome, Joe, & Simpson, 2001), mais également au succès du traitement (Santé Canada, 2001). À l'inverse, la présence de problèmes psychologiques ou légaux lors de l'admission en traitement entraîne fréquemment des résultats thérapeutiques moins favorables (Babor, Webb, Burleson, & Kaminer, 2002).

Pour ce qui est des adolescents aux prises uniquement avec une problématique suicidaire, les éléments influençant leur rétablissement sont peu documentés. Une recension des études évaluant les interventions pour les adolescents suicidaires montre que les traitements permettent des réductions du nombre d'hospitalisations, une utilisation plus assidue des services externes, mais sont peu concluants en ce qui concerne la réduction des comportements suicidaires (Daniel & Goldston, 2009). Groholt, Ekeberg et Haldorsen (2006) ont recensé comme facteurs prédisant la répétition des comportements suicidaires la présence d'une tentative de suicide antérieure, de désespoir, d'une dépression ou d'impulsivité ou le

manque de soutien parental ainsi que, chez les personnes présentant un trouble mental, l'isolement social. La consommation de SPA est peu considérée dans les études portant sur les jeunes ayant des comportements suicidaires et lorsqu'elle est évaluée, elle sert de critères d'exclusion des participants à l'étude (Fleischhaker, Böhme, Sixt, Brück, Schneider, & Schulz, 2011; Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner, & Dixon, 1996).

À notre connaissance, il n'existe que deux études portant spécifiquement sur le traitement des adolescents présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires (Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt, & Monti, 2011; Esposito-Smythers, Spirito, Uth, & LaChance, 2006). La première étude d'Esposito-Smythers et ses collègues (2006) conclut à l'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale, incluant également un volet familial. Leur traitement a permis d'améliorer la situation clinique, autant sur le plan de la consommation d'alcool que des comportements suicidaires, d'adolescents hospitalisés en psychiatrie présentant un problème concomitant de consommation d'alcool. De plus, la rétention en traitement et la présence aux rencontres au cours d'une période de 12 mois sont élevées. Toutefois, l'échantillon très petit, composé de six jeunes et de leurs familles, limite significativement la généralisation de leurs résultats.

La seconde étude, menée par la même équipe de recherche (Esposito-Smythers, et al., 2011), porte sur un échantillon de 40 jeunes, recrutés dans un département de psychiatrie, qui présentent des comportements suicidaires ainsi qu'un problème de consommation d'alcool ou de cannabis. Lorsque comparée au traitement habituel, qui consiste en un suivi externe mené par des intervenants psychosociaux combiné à un suivi psychiatrique, la thérapie cognitive-comportementale incluant un volet familial permet une plus grande réduction de la consommation d'alcool ou de cannabis, des comportements suicidaires, du nombre d'arrestations, des consultations à l'urgence hospitalière ainsi que des hospitalisations. De plus,

les jeunes et leurs familles ayant bénéficié du traitement cognitif-comportemental présentent une meilleure rétention en traitement et assistent à un plus grand nombre de rencontres. Ces deux études appuient la recommandation qui suggère d'offrir un traitement intégré aux adolescents présentant à la fois un problème de consommation et un trouble mental (Bender, et al., 2006; Chan, Godley, Godley, & Dennis, 2009; Esposito-Smythers, et al., 2006; Hawkins, 2009). Cependant, les méthodologies utilisées ne permettent pas d'établir comme telle l'influence de la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires sur le processus de rétablissement, puisqu'elles visaient l'évaluation d'un traitement.

En somme, la compréhension du processus de rétablissement des jeunes présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires demeure restreinte. De ce fait, les cliniciens ont peu de données scientifiques sur lesquelles s'appuyer afin d'effectuer une prise en charge optimale de cette clientèle pourtant nombreuse. En outre, la plupart des études considèrent le succès thérapeutique en ne s'attardant qu'aux changements des comportements suicidaires ou encore qu'aux modifications de la consommation de SPA, alors que le rétablissement est un processus multidimensionnel. En effet, Brown (2004) souligne l'importance de mesurer les résultats des traitements de la toxicomanie de façon multidimensionnelle, par le recours à divers indicateurs, critiquant notamment le recours à l'abstinence comme seul critère de succès.

Cette étude constitue la première étude québécoise qui documente le rétablissement de jeunes en traitement de la toxicomanie, tenant compte de la problématique suicidaire et de son influence. L'objectif visé est de comparer l'évolution d'adolescents en traitement de la toxicomanie, concernant la gravité des problèmes de consommation de SPA et des problèmes associés dans diverses autres sphères biopsychosociales, selon qu'ils présentent ou non des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement. Les

hypothèses formulées sont à l'effet que les adolescents ayant eu des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement présenteront : 1) un profil biopsychosocial plus détérioré à leur admission en traitement que les autres adolescents en traitement sans problématique suicidaire; 2) une diminution de la gravité de leurs problèmes de consommation de SPA et une amélioration de leur condition biopsychosociale lors des suivis de trois et de six mois suivant l'admission en traitement, tout en présentant des problèmes plus graves que le groupe de comparaison.

MÉTHODE

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale plus large, menée en milieu naturel auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents, ayant pour objectif d'évaluer les programmes de traitement de la toxicomanie pour les adolescents de centres externes et résidentiels du Québec (Bertrand, Brunelle, Ménard, Richer, Lemieux, & Ledoux, 2009). Les centres de réadaptation en dépendance québécois ont la responsabilité d'offrir un continuum de services aux adolescents présentant un problème de consommation (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006) et des mécanismes d'accès aux services en toxicomanie (Domrémy Mauricie–Centre-du-Québec, 2011) ont été mis en place afin de s'assurer que l'intensité des services corresponde à la sévérité de la problématique présentée par l'adolescent.

Le traitement reçu par les adolescents variait selon le centre de provenance de l'adolescent. Le centre externe utilise un programme, à durée variable selon les besoins de l'adolescent, inspiré du Cannabis Youth Treatment (Sampl & Kadden, 2001; Webb, Scudder, Kaminer, & Kadden, 2002), qui est d'approche cognitivo-comportementale et qui inclut des entrevues motivationnelles ainsi que quelques rencontres familiales. Pour sa part, le programme des centres internes s'appuie sur une adaptation du modèle Minnesota (12 étapes) (Anderson,

McGovern, & DuPont, 1999; McElrath, 1997) et inclut également quelques rencontres familiales. Des services de type résidentiel sont offerts aux adolescents pendant 10 semaines. De plus, un suivi postcure hebdomadaire d'une durée de quatre mois est offert aux adolescents qui complètent le volet résidentiel. En ce sens, ces deux centres œuvrent en complémentarité, offrant en collaboration des services d'intensité variable aux jeunes de leur région, les mécanismes d'accès jeunesse assurant une coordination de l'offre de services selon des principes d'appariement entre les besoins du jeune et le service à offrir (Brunelle, Cousineau, & Ledoux, 2012).

Participants

Les participants à cette étude sont des jeunes âgés entre 13 et 18 ans qui ont obtenu des services dans un centre de traitement de la toxicomanie, situé à Montréal, Québec ou dans la région de la Mauricie–Centre-du-Québec, entre novembre 2005 et novembre 2006. L'échantillon global utilisé dans cet article n'est composé que par les adolescents qui ont répondu aux questions permettant la création des deux sous-groupes comparés au cours des analyses, soit 181 jeunes. L'âge moyen est de 15,6 ans ($ET = 1,13$), et les garçons représentent 61,3 % des participants. Les jeunes proviennent à 50,3 % des centres résidentiels, et à 49,7 % du centre externe. Au cours de leur vie, en excluant les 30 derniers jours avant l'admission en traitement, 57,1 % des adolescentes rapportent des idéations suicidaires contre 28,8 % des adolescents. En ce qui a trait aux tentatives de suicide, 40 % des adolescentes indiquent en avoir fait contre 16,4 % des adolescents. La proportion d'antécédents de comportements suicidaires chez les participants de notre étude se compare aux taux documentés chez des sous-populations similaires (Bertrand, et al., 2004; Cavaola & Lavender, 1999; Ramchand, et al., 2008).

Cette étude étant longitudinale, une partie des adolescents n'ont pas été rejoints ou ont refusé de poursuivre leur participation au projet de recherche. Les taux de relances sont de

75,1 % pour la relance de trois mois après l'admission en traitement (136/181), et de 63 % (114/181) pour celui de six mois. Malgré que ce taux de relance soit inférieur à celui obtenu par une étude récente auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (Burleson, Kaminer, & Burke, 2012), il est similaire à ceux d'autres études menées auprès de cette clientèle (Chan, et al., 2009; Hser, et al., 2001). Des taux de relances semblables aux nôtres sont considérés acceptables par la Food and Drug Administration (1999), car ils permettent de s'assurer de la représentation des personnes rencontrées au départ, mais aussi de la possibilité de généraliser les résultats obtenus dans une certaine mesure (Festinger, Marlowe, Dugosh, Croft, & Arabia, 2008). Les analyses comparatives entre les jeunes ayant participé à l'ensemble de l'étude et ceux n'ayant pas complété les relances de trois ou de six mois ne montrent aucune différence significative en ce qui concerne plusieurs dimensions : âge, genre, centre de provenance, niveau de scolarité, structure familiale, milieu de vie et score aux différentes sphères de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie*.

Instruments de mesure

L'instrument utilisé est l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-ADO)* (Landry et al., 2002), qui est une entrevue structurée qui permet d'évaluer les changements dans dix différentes sphères biopsychosociales de la vie de l'adolescent. Ainsi, cet instrument mesure la gravité des problèmes sur dix sphères : la consommation d'alcool, de drogues, la situation médicale, occupationnelle (école, emploi, loisirs), psychologique, interpersonnelle, familiale et sociale/judiciaire de l'adolescent. Deux versions de cet instrument sont disponibles. La version clinique de l'instrument évalue en détail la situation biopsychosociale de l'adolescent dans les 30 derniers jours, ainsi qu'au cours de sa vie sans prendre en considération les 30 derniers jours. La version abrégée de l'instrument, qui s'intéresse également à la fenêtre des 30 derniers jours, est composée principalement par les items utilisés pour le calcul des scores

composés (Landry, Bergeron, Provost, Germain, & Guyon, 2000) et vérifie également la présence de comportements suicidaires.

Afin de mesurer la sévérité des problèmes biopsychosociaux, pour chacune des dix sphères évaluées par cet instrument, un score composé est calculé selon une méthode standardisée. Les scores composés varient entre 0 et 1, où «1» signifie que la situation est plus problématique. Chaque score composé est minimalement calculé à l'aide de l'évaluation de l'adolescent du nombre de jours où il a éprouvé des difficultés avec cette échelle, sa préoccupation sur ses difficultés ainsi que son besoin d'aide dans ce domaine. Le choix des items constituant les scores composés a été fait selon leur pertinence clinique et leur représentativité des concepts évalués par chacune des échelles (Landry, et al., 2000). Pour de plus amples renseignements sur le calcul des scores de l'IGT-ADO, il est possible de consulter le manuel d'utilisation (Desjardins et al., 2005). Le choix d'examiner les 30 derniers jours a été fait par les auteurs afin de vérifier les problèmes récents vécus par l'adolescent puisque l'évaluation de la gravité des problèmes de consommation des adolescents « doit s'appuyer davantage sur la mesure des situations problématiques actuelles ou récentes » (Landry, et al., 2000, p.13). La stabilité temporelle de l'IGT-ADO varie de 0,688 à 0,924 selon les sous-échelles. L'alpha de Cronbach varie de 0,70 à 0,85 (Landry et al., 2000).

Deux questions, provenant de l'IGT-ADO, ont été choisies afin de former le groupe suicide (GS), soit celui des adolescents présentant des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement. La fenêtre temporelle des 30 derniers jours a été préférée à celle des comportements suicidaires à vie, puisqu'il est plus probable que ces jeunes aient vécu une crise suicidaire récente et que l'objectif était de documenter l'évolution de cette clientèle particulière. Le GS est donc composé des adolescents ayant répondu par l'affirmative à la question : « Au cours des 30 derniers jours, as-tu eu de fortes pensées suicidaires (avec

scénario)? » ou « Au cours des 30 derniers jours, as-tu tenté de te suicider? ». Pour que la réponse soit affirmative à la première question, selon le jugement clinique de l'intervenant, le jeune devait avoir établi un plan suicidaire défini par un moyen, un lieu et un moment précis. Parmi les 181 jeunes, il y a 25 jeunes (13,8 %) qui ont répondu à au moins une de ces deux questions par l'affirmative. Les adolescents ayant présenté des idéations suicidaires ont été regroupés avec les adolescents ayant fait une tentative de suicide parce que la problématique du suicide peut être conçue comme un continuum (Miller & Eckert, 2009), mais également parce que l'étude des idéations suicidaires et des tentatives de suicide est importante afin de mieux prévenir et comprendre le suicide et que ces deux comportements précèdent presque inévitablement le suicide (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996).

Procédures

Le recrutement des participants débutait par l'intermédiaire des intervenants des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes qui décrivaient le projet de recherche aux adolescents ayant fait une demande de services. Les intervenants transmettaient ensuite les coordonnées des adolescents volontaires à l'équipe de recherche qui les sollicitait formellement. Le consentement des parents était également obtenu. Il était prévu d'exclure les participants s'ils présentaient des problèmes cognitifs majeurs, des problèmes de lecture ou d'écriture, mais cela n'a pas été nécessaire dans les faits.

L'*IGT-ADO* clinique utilisé pour le premier temps de mesure était administré par un intervenant ayant reçu une formation spécifique pour l'utilisation de cet outil. Lors des relances de trois et de six mois après l'admission en traitement, un agent de recherche formé administrait l'*IGT-ADO* abrégé, en plus des autres questionnaires utilisés dans le projet initial. Une compensation de 10 \$ sous forme de certificat cadeau était remise à la suite de chacune des entrevues de recherche. Ce projet de recherche a fait l'objet d'une approbation du Comité

d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT/2005-033), accrédité par le MSSS pour évaluer les projets de recherche menés auprès des mineurs, et du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-07-123-06-11).

Analyses

Des tests du khi-carré et des tests t sur deux échantillons indépendants ont servi à identifier les différences entre les groupes sur le plan sociodémographique et de leur situation biopsychosociale lors de l'admission en traitement et lors des relances. Afin de dresser un portrait de l'évolution de la situation biopsychosociale des adolescents, des analyses de variance de type General Linear Model (GLM) à plan mixte ont été utilisées (Rutherford, 2001) comme il y avait des mesures répétées pour les mêmes participants à trois de temps de mesure afin de déterminer les effets propres au participant et attribuables au temps. Des analyses post-hoc de type Bonferroni ont été effectuées afin de déterminer de quelle manière les groupes évoluent dans le temps lorsque l'interaction était non significative entre l'appartenance au GS et le temps de mesure. Lorsqu'une interaction significative était identifiée par les GLMs, une analyse des effets simples était réalisée (Maxwell & Delaney, 1990) afin de séparer l'interaction des effets principaux (Rosenthal & Rosnow, 1991). Pour ce faire, tel que suggéré par Roberts et Russo (1999) ainsi que par Howell, Yzerbyt et Bestgen (2008), des ANOVAs et des analyses post-hoc de Bonferonni ont été utilisées en fixant le groupe, pour identifier l'effet du temps à travers chaque groupe indépendamment et des tests t ont été faits en fixant le temps, pour vérifier les effets de groupe à chaque temps de mesure, pour ainsi déterminer l'impact qu'a un facteur sur l'autre (Oshima & McCarty, 2000). Huit des dix sphères de vie, soit la consommation d'alcool, celle de drogues, les problèmes de santé physique et psychologique, les relations familiales, interpersonnelles, la situation scolaire ainsi que la situation sociale et judiciaire, ont été analysées à l'aide des GLMs. Les sphères loisirs et travail ont, pour leur part, dû être retirées, car elles ne respectaient pas le postulat de normalité nécessaire pour les GLMs

(Rutherford, 2001). Des transformations ne permettaient pas de résoudre les difficultés, car plusieurs jeunes rapportaient peu ou pas de difficultés dans ces deux domaines. Des tests exacts de Fisher ont été utilisés plutôt que des tests du khi-carré, pour comparer la présence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide entre les groupes lors des deux relances, car certaines cellules avaient des effectifs en dessous de cinq (Shavelson, 1988). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de SPSS 15.0.

RÉSULTATS

Profil sociodémographique

Le sous-groupe d'adolescents présentant des comportements suicidaires (GS) est composé de 25 adolescents ayant en moyenne 15,3 ans ($\bar{ET} = 1,38$). Les filles représentent 60 % de ce sous-groupe. Parmi ces jeunes, 72 % ont reçu des services dans les centres internes. Il y a 48 % de ces jeunes qui ne vivent pas avec leur famille, 44 % vivent avec au moins un de leurs parents, et l'information n'est pas disponible pour 8 % d'entre eux. En ce qui concerne leur scolarité, 28 % de ces jeunes ont complété leur primaire, tandis que 72 % ont fait leurs trois premières années d'études secondaires.

Les adolescents du groupe de comparaison (GC) ($n = 156$) ont en moyenne 15,6 ans ($\bar{ET} = 1,09$) et un peu plus de la moitié proviennent des centres externes (53,2 %). Dans ce sous-groupe, les garçons sont plus nombreux (64,7 %). La plupart de ces jeunes vivent en présence d'un de leurs parents (70,5 %), tandis que 28,8 % vivent en centre de réadaptation ou en famille d'accueil, et l'information n'est pas disponible pour un jeune. Les jeunes du groupe de comparaison sont 14,7 % à avoir complété leurs études primaires, 70,5 % ont terminé les trois premières années des études secondaires, 12,8 % ont fini leur secondaire et 1,9 % avaient un cheminement scolaire particulier.

Il n'y a pas de différence entre les deux sous-groupes sur le plan de l'âge [$t(146) = 1,07$, $p = .285$]. Le GS diffère significativement du GC en ce qui concerne le genre [$\chi^2(1, N = 181) = 5,56$, $p = .018$], les adolescentes représentant 60 % du GS, alors qu'elles représentent 35,3 % du GC. Une différence significative est également notée par rapport au centre de provenance des jeunes [$\chi^2(1, N = 181) = 5,48$, $p = .019$], 72 % des jeunes du GS provenant des centres résidentiels contre 46,8 % du GC. Les groupes diffèrent également en ce qui concerne le statut familial [$\chi^2(2, N = 181) = 7,71$, $p = .021$], car 52 % des adolescents du GS ne vivent pas avec leurs parents alors qu'ils sont 27,6 % dans la même situation dans le GC. Par ailleurs, les groupes se distinguent de manière significative sur le plan de l'historique des comportements suicidaires. Les jeunes du GS, identifiés préalablement en fonction de leur comportement suicidaire dans les 30 derniers jours, rapportent davantage d'idéations suicidaires au cours de leur vie [$\chi^2(1, N = 181) = 19,59$, $p < .001$] et de tentatives de suicide que le GC [$\chi^2(1, N = 180) = 14,14$, $p < .001$]. Parmi les jeunes du GS, 80 % rapportent avoir présenté des idéations suicidaires, et 56 % une tentative de suicide au cours de leur vie, lorsque les 30 derniers jours sont exclus, alors que ces taux sont respectivement de 33,3 % et de 20,6 % pour le GC.

Le Tableau 3 illustre le profil de consommation des adolescents des deux groupes lors de leur admission en traitement. La polyconsommation est ce qui est le plus fréquemment rapporté comme problématique par les jeunes. Les substances les plus fréquentes dans la polyconsommation, à l'exception de l'alcool, sont le cannabis, les amphétamines, les hallucinogènes et la cocaïne.

Profil biopsychosocial à l'admission

Les analyses, portant sur les 181 jeunes rencontrés lors de leur admission en traitement, indiquent que les adolescents du GS diffèrent des autres adolescents en ce qui concerne

certaines des sphères biopsychosociales (Tableau 4). Il est important de rappeler que le score de l'IGT varie entre 0 et 1 et qu'un score plus élevé représente une problématique plus grave. Le GS présente une consommation de drogues significativement plus problématique que le GC lors de leur admission [$t(178) = -2,31, p = .022$]. Une différence significative sur plan de la santé psychologique est également notée, les jeunes du GS présentent des problèmes plus graves que ceux du GC [$t(179) = -8,02, p < .001$]. Les adolescents du GS éprouvent significativement plus de difficultés dans leurs relations familiales que les autres jeunes lors de leur admission en traitement [$t(176) = -2,53, p = .012$]. Une différence significative est notée pour l'échelle des relations interpersonnelles [$t(28,85) = -2,62, p = .014$], le GS rapportant des problèmes plus graves que le GC. Lors de leur admission en traitement, les jeunes du GS rapportent davantage de difficultés à garder leurs amis [$\chi^2(1, N = 178) = 5,42, p = .02$], et sont plus nombreux à rapporter se sentir seul ou isolé souvent ou toujours [$\chi^2(3, N = 178) = 11,31, p = .01$]. Toutefois, il n'y a pas de différence entre les groupes en ce qui concerne la consommation de SPA des amis [$\chi^2(1, N = 173) = 2,75, p = .097$]. En ce qui concerne la consommation d'alcool lors de l'admission en traitement, une différence marginalement significative est notée [$t(29,34) = -2,03, p = .051$], le GS présentant des problèmes plus graves que le GC. Aucune autre différence significative n'est notée.

Évolution de leurs conditions biopsychosociales et différences entre les groupes

Les analyses subséquentes portent sur les jeunes ayant participé aux trois temps de mesure de cette étude, soit 106 jeunes au maximum. Dans le cas de l'échelle portant sur la consommation d'alcool, les analyses indiquent une différence significative entre les groupes [$F(1, 103) = 13,45, p < .001$] indépendamment du temps. Le Tableau 5 fait état des moyennes ainsi que des différences identifiées à l'aide des analyses a posteriori pour chaque variable selon le moment de la relance.

Dans le cas de l'échelle drogues, une interaction significative [$F(2, 206) = 3,7, p = .026$] est notée, des ANOVAs et des tests t ont donc été effectués parce que les groupes sont différents et évoluent de façon distincte dans le temps. Des tests t réalisés entre chacun des temps montrent que les deux groupes sont significativement différents seulement lors de leur admission en traitement [$t(103) = -2,79, p = .006$], les jeunes du GS présentant une consommation plus grave. Par ailleurs, des ANOVAs séparées pour chacun des groupes montrent que les jeunes du GS connaissent une réduction significative de la gravité de leurs problèmes de consommation de drogues [$F(2, 26) = 13,25, p < .001$], et les analyses a posteriori montrent une diminution entre les problèmes présentés dans cette sphère lors de l'admission en traitement et de la relance de trois mois ainsi qu'entre l'admission en traitement et celle de six mois. Pour leur part, les jeunes du GC connaissent également une diminution significative de la gravité de leur problème de consommation de drogues [$F(2, 180) = 49,56, p < .001$] qui se produit entre l'admission en traitement et la relance de trois mois ainsi qu'entre l'admission et celle de six mois.

Dans le cas de l'échelle santé psychologique, seulement un effet de groupe est retrouvé [$F(1, 104) = 17,99, p < .001$] et ce, indépendamment du temps. Le GS rapportant des problèmes psychologiques plus sévères que le GC, peu importe le temps, mais aucun des deux groupes ne change significativement au cours de la période de six mois suivant l'admission en traitement.

En ce qui concerne l'échelle évaluant la gravité des problèmes sur le plan des relations interpersonnelles, les analyses montrent qu'il y a seulement un effet de groupe [$F(1, 103) = 4,06, p = .047$], les jeunes du GS présentant des problèmes plus graves que ceux du GC, peu importe le temps.

Dans le cas de l'échelle portant sur les relations familiales, il n'y a pas d'interaction [$F(2, 202) = 1,39, p = .252$], mais un effet de groupe est retrouvé [$F(1, 101) = 10,68, p = .001$] ainsi qu'un effet temps [$F(2, 202) = 6,57, p = .003$]. Le GS rapporte des problèmes plus sévères que le GC, peu importe le temps de mesure. De plus, les groupes connaissent une diminution significative de leurs difficultés entre l'admission et la relance de trois mois ainsi qu'entre l'admission et la relance de six mois.

Pour l'échelle mesurant les difficultés sur le plan scolaire, un effet de groupe est retrouvé [$F(1, 95) = 3,96, p = .049$]. Les jeunes du GS présentent des problèmes plus graves que ceux du GC, peu importe le temps. Un effet temps est aussi retrouvé [$F(1,86, 176,23) = 6,2, p = .003$], indépendamment du groupe. Les groupes connaissent une diminution significative des problèmes vécus dans la sphère scolaire entre leur admission en traitement et la relance de six mois.

Dans le cas des problèmes sur le plan social ou judiciaire, les analyses indiquent la présence d'une interaction significative [$F(1,89, 196,96) = 3,6, p = .031$]. Les jeunes du GS présentent une problématique plus grave que ceux du GC uniquement lors de leur admission en traitement [$t(104) = -2,9, p = .005$]. Par ailleurs, les adolescents du GS connaissent une diminution significative de la gravité de leur problème dans cette sphère au cours des six mois suivant l'admission en traitement [$F(2, 26) = 3,5, p = .045$], cette réduction se produit entre l'admission en traitement et la relance de six mois. Aucune réduction significative de la gravité des problèmes sur le plan social ou judiciaire n'est retrouvée pour le GC.

Les analyses effectuées pour l'échelle santé physique ne révèlent aucune interaction [$F(2, 202) = 0,362, p = .688$], ni changement dans le temps [$F(2, 202) = 2,214, p = .114$] ou de différence entre les groupes [$F(1, 101) = 0,079, p = .779$].

La présence de comportements suicidaires dans les 30 jours précédant les relances a également été comparée. À la relance de trois mois, parmi les 16 jeunes du GS qui ont été rencontrés, 25 % rapportent des idéations suicidaires, contre 4 % du GC ($n = 121$), ce qui est une différence significative ($p = .01$, test exact de Fisher). Une différence significative est aussi retrouvée ($p = .04$, test exact de Fisher) en ce qui concerne les tentatives de suicide rapportées à ce temps de mesure. Parmi les 16 jeunes du GS contactés lors de la relance de trois mois, 12,5 % rapportent une tentative de suicide dans les 30 jours précédents, contre 1 % des 120 jeunes du GC. Dans les 30 jours précédant la rencontre pour la relance de six mois, 20 % des 15 jeunes du GS rencontrés disent avoir eu des idéations suicidaires contre 2 % des 102 du GC, ce qui est une différence significative ($p = .02$, test exact de Fisher). Toutefois, aucune différence n'est retrouvée entre les groupes en ce qui concerne les tentatives de suicide dans les 30 jours précédant la relance de six mois ($p = .24$, test exact de Fisher), un seul jeune pour chaque groupe rapportant une tentative de suicide.

DISCUSSION

Principaux résultats

Il ressort de cette étude que les hypothèses émises sont partiellement confirmées. Tel que proposé à l'hypothèse 1, les jeunes du GS présentent un profil plus détérioré lors de leur admission en traitement par rapport au GC sur le plan de leur consommation de drogues, de leur santé psychologique, de leurs relations familiales ainsi que de leurs relations interpersonnelles. La différence entre les groupes est marginalement significative dans le cas de l'alcool. L'hypothèse 2, qui postulait que les jeunes du GS s'amélioreraient sur les différentes sphères mesurées, mais de façon moins marquée que le GC, s'avère également partiellement confirmée. En effet, les jeunes du GS présentent des problèmes plus graves que ceux du GC en ce qui concerne la consommation de drogues et leur situation sociale et judiciaire lors de leur admission, tel qu'anticipé. Toutefois, contrairement aux attentes, pour ces deux sphères, les

jeunes du GS progressent de façon à rejoindre les jeunes du GC au cours des six mois suivant l'admission en traitement. À l'inverse de ce qui était prévu, les jeunes des deux groupes ne connaissent pas d'amélioration sur le plan de leur santé psychologique, de leurs relations interpersonnelles ou de leur problème de consommation d'alcool. Ce constat est particulièrement inquiétant étant donné que les jeunes du GS ont un profil plus lourd sur ces trois dimensions tout au long de leur processus de rétablissement. Dans le cas des relations familiales et des problèmes scolaires, les jeunes des deux groupes vivent une réduction de leurs problèmes, mais les jeunes du GS ont des problèmes plus importants à tous les temps de mesure.

Le profil plus détérioré du GS à leur admission en traitement comparativement aux jeunes du GC est un constat qui va dans le même sens que les résultats des quelques études américaines menées sur ce sujet (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Esposito-Smythers, et al., 2011). Malgré leur profil plus détérioré, les jeunes du GS semblent bénéficier du traitement de la toxicomanie pour diminuer leur consommation de drogues, améliorer leurs relations familiales ainsi que leur situation scolaire, sociale et judiciaire, même s'ils vivent une crise suicidaire peu avant leur admission. L'étude DATOS-A (Hser, et al., 2001) documente également une réduction de la consommation de drogues, de l'implication dans des actes criminels et une amélioration de la performance scolaire chez 1 167 jeunes ne présentant qu'un problème de consommation. Bien que notre étude et celle du DATOS-A, large étude longitudinale menée en milieu naturel, ne puissent établir clairement de lien de cause à effet entre le traitement et les résultats, ces résultats suggèrent que le traitement en toxicomanie favorise des résultats positifs dans certaines dimensions de la vie du jeune.

Dans la présente étude, les adolescents du GS rapportent une gravité plus importante des problèmes de santé psychologique à tous les temps de mesure en comparaison au GC. Cet

élément rejoint le constat que si seulement un traitement de la toxicomanie est offert, les problèmes psychologiques persistent (Anderson & Gittler, 2005). Considérant les modèles expliquant les liens toxicomanie/suicide par la présence de facteurs communs (Rossow, Romelsjo, & Leifman, 1999) ou par un passage à l'acte suicidaire non planifié lors de la consommation de SPA (Gossop, 2005; Roberts, Roberts, & Xing, 2010), les jeunes du GS restent à risque de comportements suicidaires d'autant plus que la gravité de leurs problèmes psychologiques se maintient. En outre, il s'avère important de considérer l'impact majeur que peut avoir la persistance des problématiques de santé mentale et de toxicomanie dans la vie de ces jeunes afin d'éviter une chronicisation de ces difficultés (Brooke, et al., 2009; Flanzer, 2005; Palmer, et al., 2009) ou de nouveaux comportements suicidaires.

À l'inverse de l'étude d'Esposito-Smythers et ses collègues (2011), les présents résultats montrent une persistance des difficultés sur le plan de la consommation d'alcool par le GS, ce qui est préoccupant. La réduction de la consommation d'alcool pourrait s'avérer une cible thérapeutique à envisager pour cette clientèle, considérant le fait que l'alcool a un effet de désinhibition qui diminuerait les réticences de la personne à s'enlever la vie (Gossop, 2005; Schilling, Aseltine, Glanovsky, James, & Jacobs, 2009).

Les difficultés persistantes des jeunes du GS dans leurs relations interpersonnelles vont dans le sens de ce qui est retrouvé dans d'autres études auprès de cette clientèle (Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Les jeunes du GS rapportent plus de difficultés à garder leurs amis et se sentent plus souvent seuls ou isolés que le GC. Cet élément va dans le sens de ce qui est retrouvé par Esposito-Smythers et Goldston (2008) à savoir que les jeunes présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires éprouvent des difficultés à se créer un nouveau réseau social. Les relations interpersonnelles de l'adolescent sont une variable importante à considérer lors du traitement, car les jeunes présentant la double problématique

toxicomanie/suicide sont plus à risque de faire de nouvelles tentatives de suicide s'ils présentent un trouble mental et vivent de l'isolement social (Daniel & Goldston, 2009).

Apports et limites de l'étude

Cette étude longitudinale est l'une des premières à documenter, à l'aide d'un outil validé, l'évolution de la situation biopsychosociale d'adolescents toxicomanes présentant des comportements suicidaires au cours d'un épisode de traitement de la toxicomanie. De plus, elle compare les jeunes présentant la double problématique toxicomanie/suicide à ceux qui présentent uniquement un problème de consommation de SPA. Une autre particularité de cette étude est qu'elle s'attarde à des jeunes qui se présentent pour obtenir des services de toxicomanie plutôt que pour obtenir des services en santé mentale comme dans le cas des quelques rares études sur ce sujet (Esposito-Smythers, et al., 2011; Esposito-Smythers, et al., 2006). L'information recueillie par cette étude est pertinente afin d'adapter les services en fonction des besoins et des particularités de cette clientèle.

Cette étude présente aussi certaines limites, telle l'utilisation de l'*IGT-ADO* (Landry, et al., 2002) pour mesurer les comportements suicidaires plutôt que des instruments spécifiques tels que le *Suicidal Ideation Questionnaire* (Reynolds, 1988). En effet, l'*IGT-ADO* ne documente les comportements suicidaires qu'à l'aide de deux items et qu'au cours des 30 derniers jours et au cours de la vie de l'adolescent, ce qui n'apporte qu'une information partielle. Toutefois, cet outil repose sur une entrevue structurée permettant d'évaluer la présence ou non d'un scénario caractérisant les idéations suicidaires sérieuses. De plus, une étude récente montre que l'utilisation d'un seul item afin de vérifier les idéations suicidaires, tant auto-rapportées qu'évaluées par un clinicien, est une mesure aussi valable que les questionnaires auto-rapportés spécifiques à cette problématique chez les adultes ayant fait une tentative de suicide (Desseilles et al., 2012). Ces résultats n'ont toutefois pas été vérifiés auprès d'adolescents.

Une autre contrainte a été la taille de l'échantillon et l'attrition, qui ont limité la puissance statistique des analyses et n'ont pas permis de tenir compte des différences entre les groupes eu égard au statut familial, au genre et au type de centres de traitement de référence, ce qui aurait permis une compréhension plus fine des résultats. Par exemple, même si la surreprésentation féminine dans le GS concorde avec ce qui est généralement retrouvé dans la littérature (Miller & Eckert, 2009; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012), cette différence pourrait en partie expliquer les différences observées entre les groupes sur le plan de la gravité des problèmes de consommation de SPA et des problèmes psychologiques. En effet, les adolescentes présentent souvent davantage de problèmes psychologiques que les adolescents et ont un profil de consommation distinct (Stevens, Estrada, Murphy, McKnight, & Tims, 2004; Tuchman, 2010). Aussi, le fait que les jeunes du GS proviennent davantage du centre résidentiel, offrant une plus grande intensité de services et privilégiant l'abstinence comme cible thérapeutique, pourrait expliquer en partie la diminution de leurs problèmes de consommation de SPA à un niveau similaire à celui des jeunes du GC. De plus, le fait que les adolescents provenaient de deux centres différents pourrait avoir influencé les résultats obtenus. Toutefois, une étude randomisée américaine évaluant cinq différents types de traitement externes de la toxicomanie n'a pas permis de démontrer la supériorité d'une approche sur une autre, mais émet les hypothèses de la contribution de facteurs plus généraux au traitement ou de composantes communes entre les traitements pour expliquer les améliorations (Dennis et al., 2004). Dans le même sens, chez les adultes, une recension des écrits récente permet d'établir que diverses approches de traitement de la toxicomanie, d'intensités variables, notamment en modalités résidentielle ou externe, sont équivalentes sur le plan de l'efficacité (Tremblay, Bertrand, Landry, & Ménard, 2010). Ces constats viennent nuancer l'ampleur de l'effet possible du centre de traitement sur nos résultats. Finalement, il faut demeurer prudent en ce qui a trait à la généralisation des résultats, étant donné la taille restreinte de l'échantillon. Les résultats

obtenus éclairent plus spécifiquement la compréhension du processus de rétablissement des jeunes du Québec en traitement de la toxicomanie, présentant des comportements suicidaires.

Implications cliniques et avenues de recherche

Malgré le nombre restreint d'études sur cette clientèle spécifique, différentes recommandations ont été formulées à partir de cette littérature et des constats qui se dégagent de cette étude. D'abord, les jeunes aux prises avec la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires présentent une persistance des problèmes dans leurs relations interpersonnelles, une difficulté à garder leurs amis ainsi qu'un plus grand sentiment d'isolement. Le traitement de la toxicomanie pourrait donc viser à aider ces jeunes à développer un sentiment d'appartenance sociale (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010) en favorisant des activités de groupe ou dans la communauté.

Il est possible de supposer que la persistance des difficultés psychologiques explique en partie la présence de comportements suicidaires lors des relances. Il nous semble donc important de vérifier régulièrement au cours du suivi la persistance des comportements suicidaires et la présence de troubles mentaux concomitants (Goldston, Daniel, Mathias, & Dougherty, 2008; Lane, et al., 2010), surtout lorsque l'on considère le risque accru de passage à l'acte suicidaire lorsqu'il y a concomitance entre les problèmes de consommation et la dépression majeure (Gossop, 2005).

Afin d'identifier leurs besoins et problèmes spécifiques, il nous semble important d'effectuer une évaluation biopsychosociale des adolescents se présentant en traitement de la toxicomanie afin d'identifier les jeunes présentant des comportements suicidaires et ainsi leur offrir un traitement adapté à leur profil. Considérant que les jeunes présentant des comportements suicidaires n'ont que peu de comportements de recherche d'aide (Gould, Velting, Kleinman,

Lucas, Thomas, & Chung, 2004) et qu'ils présentent des problématiques dans différentes sphères de leur vie, tel que démontré par cette étude, il est important de leur offrir des services appropriés à leurs besoins lorsqu'ils en demandent. Idéalement, le développement de traitements intégrés (Bender, et al., 2006; Chan, et al., 2009; Esposito-Smythers, et al., 2006; Hawkins, 2009), composés d'une approche cognitive-comportementale et d'un volet familial, adressant à la fois les problèmes de consommation de drogues, d'alcool particulièrement, de santé psychologique ainsi que les comportements suicidaires serait à réaliser. La persistance de certaines difficultés biopsychosociales évaluées dans la présente étude montre l'importance qui devrait être accordée au développement de services intégrés pour la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires. De plus, la mise en place de tels services devrait par la suite être évaluée afin de s'assurer de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle.

D'autre part, la reproduction de cette étude explorant l'évolution de la consommation de SPA ainsi que de la situation biopsychosociale des jeunes présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires auprès d'un plus grand nombre d'adolescents semble une avenue de recherche novatrice. Cette étude pourrait être rehaussée à l'aide de mesures à plus long terme et des outils plus spécifiques à l'évaluation des comportements suicidaires et des troubles mentaux. Ce type de recherche permettrait de mieux comprendre l'impact des comportements suicidaires sur le rétablissement des jeunes présentant des problèmes de consommation de SPA (Goldston, et al., 2008). Par ailleurs, le développement et l'étude de l'efficacité de traitements adaptés et intégrés pour les adolescents présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires, serait une autre voie de recherche intéressante.

RÉFÉRENCES

- Anderson, D. J., McGovern, J. P., & DuPont, R. L. (1999). The origins of the Minnesota Model of addiction treatment : A first person account. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 107-114.
- Anderson, R. L., & Gittler, J. (2005). Unmet need for community-based mental health and substance use treatment among rural adolescents. *Community Mental Health Journal*, 41(1), 35-49.
- Babor, T. F., Webb, C., Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2002). Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders : Construct validity and clinical implications. *Addiction*, 97, 58-69.
- Bender, K., Springer, D. W., & Kim, J. S. (2006). Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents : A systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 177-205.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).
- Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A., & Ledoux, C. (2009). *Étude évaluation auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (partie 1) : suivis trois mois et six mois*. Québec : Rapport final remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., & Plourde, C. (2004). *Synthèse de l'évaluation du programme jeunesse. Recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Domrémy MCQ.
- Brooke, J. S., Saar, N., Zhang, C., & Brooke, D. W. (2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance use. *American Journal of Public Health*, 99(563-568).
- Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 608-623.
- Brown, S. A. (2004). Measuring youth outcomes from alcohol and drug treatment. *Addiction*, 99(Supplement 2), 38-46.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Ledoux, C. (2012). Toxico-justice : Où en est l'intégration des services offerts aux jeunes. Dans S. Brochu, M. Landry & C. Patenaude (Éds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 81-106). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Burleson, J. A., Kaminer, Y., & Burke, R. H. (2012). Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 78-86.
- Cavaola, A. A., & Lavender, N. (1999). Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence*, 34(136), 735-744.

- Cazale, L., Fournier, C., & Dubé, G. (2009). Consommation d'alcool et de drogues. Dans G. Dubé, M. Bordeleau, L. Cazale, C. Fournier, I. Traoré, N. Plante, R. Courtemanche & J. Camirand (Éds.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Chan, Y.-F., Godley, M. D., Godley, S. H., & Dennis, M. L. (2009). Utilization of mental health services among adolescents in community-based substance abuse outpatient clinics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(1), 35-51.
- Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2009). Interventions for suicidal youth : A review of the literature and developmental considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 252-268.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., . . . Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study : Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197-213.
- Desjardins, L., Germain, M., & Provost, G. (2005). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents: Manuel d'utilisation*. Québec: Recherche et intervention sur les substances psychoactives- Québec (RISQ).
- Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jaussent, I., Genty, C., Malafosse, A., & Courtet, P. (2012). Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 398-404.
- Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec. (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Domrémy MCQ.
- Erinoff, L., Anthony, J. C., Brown, G. K., Caine, E. D., Conner, K. R., Dougherty, D. M., . . . Yen, S. (2004). Overview of workshop on drug abuse and suicidal behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl7), S3-S9.
- Esposito-Smythers, C., & Goldston, D. B. (2008). Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior. *Substance Abuse*, 29(2), 5-17.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents : A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728-739.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R., & LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents : Development and pilot testing. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl1), 126-130.
- Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Dugosh, K. L., Croft, J. R., & Arabia, P. L. (2008). Higher magnitude cash payments improve research follow-up rates without increasing drug use or perceives coercion. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 128-135.
- Flanzer, J. (2005). The status of health services research on adjudicated drug-abusing juveniles : elected findings and remaining questions. *Substance Use and Misuse*, 40, 887-911.

- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A) : A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5.
- Food and Drug Administration. (1999). *Regulatory procedures manual*. Rockville, MD. : Food and Drug Administration.
- Gagné, M., Légaré, G., Perron, P.-A., & St-Laurent, D. (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gagné, M., & St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Mathias, C. W., & Dougherty, D. M. (2008). Suicidal and nonsuicidal self-harm behaviors in adolescent substance use disorders. Dans Y. Kaminer & O. G. Bukstein (Éds.), *Adolescent substance abuse : Psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*. (pp. 323-354). New York, NY US : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gossop, M. (2005). Alcohol in suicide attempts and completions. *Psychiatric Annals*, 35(6), 513-521.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1124-1133.
- Groholt, B., Ekeberg, O., & Haldorsen, T. (2006). Adolescent suicide attempters : What predicts future suicidal acts? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 638-650.
- Hawkins, E. H. (2009). A tale of two systems : Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology*, 60, 197-227.
- Howell, D. C., Yzerbyt, V., & Bestgen, Y. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (2 éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Hser, Y.-I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S.-C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695.
- Kairouz, S. B., R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., & Guyon, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et les adolescentes : étude des qualités psychométriques*. Montréal Cahiers de recherche du RISQ.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie*, 24(1), 7-13.

- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts : Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 3(1), 25-46.
- Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (1990). *Designing experiments and analyzing data : a model comparison perspective*. Belmont: Wadsworth.
- McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 141-144.
- Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth suicidal behavior : An introduction and overview. *School Psychology Review*, 38(2), 153-167.
- Oshima, T. C., & McCarty, F. (2000). *How should we teach follow-up tests after significant interaction in factorial analysis of variance?* Communication présentée American Educational Research Association, New Orleans.
- Palmer, R. H. C., Young, S. E., Hopfer, C. J., Corley, R. P., Stallings, M. C., Crowley, T. J., & Hewitt, J. K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood : Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 78-87.
- Ramchand, R., Griffin, B. A., Harris, K. M., McCaffrey, D. F., & Morral, A. (2008). A prospective investigation of suicide ideation, attempt, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 524-532.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire : Professional manual*. Odessa, FL.
- Roberts, M. J., & Russo, R. (1999). *A student's guide to analysis of variance*. London: Routledge.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 66-78.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research : methods and data analysis* (2 éd.). New York: McGraw-Hill.
- Rossow, I., Romelsjö, A., & Leifman, H. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men : Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94(8), 1199-1207.
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., Orman, D. T., Stulman, D. A., Joiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults : Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 179-190.

- Rutherford, A. (2001). *Introducing ANOVA and ANCOVA a GLM approach*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users : 5 sessions*. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment
- Santé Canada. (2001). *Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Santé Canada.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health, 44*(4), 335-341.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 138*, 19-26.
- Shavelson, R. J. (1988). *Statistical reasoning for behavioral sciences* (2e éd.). Boston : Allyn and Bacon.
- Stevens, S. J., Estrada, B., Murphy, B. S., McKnight, K. M., & Tims, F. (2004). Gender differences in substance use, mental health, and criminal justice involvement of adolescents at treatment entry and at three, six, twelve and thirty month follow-up. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*(1), 13-25.
- Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M., & Ménard, J.-M. (2010). *Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation chez les adultes toxicomanes. Intervenir auprès des adultes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal, Canada : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction : The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases, 29*(2), 127-138.
- Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., & Kadden, R. (2002). *The Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement : 7 Sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users*. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology : Science and Practice, 7*(2), 138-166.

Tableau 3

Substances les plus problématiques lors de l'admission en traitement (n = 175)

	Groupe suicide (n = 25)	Groupe de comparaison (n = 150)
Substances problématiques		
Cannabis	36 %	39,3 %
Polyconsommation sans Alcool	44 %	21,3 %
Polyconsommation incluant l'alcool	16 %	8,7 %
Substances qui composent la polyconsommation		
Cannabis	40 %	26,9 %
Amphétamines	40 %	23,7 %
Hallucinogènes	28 %	12,2 %
Cocaïne	20 %	13,5 %

Tableau 4

Comparaison du profil biopsychosocial et des scores composés à l'IGT-ADO lors de l'admission en traitement en fonction de l'appartenance au groupe suicide ou non (n = 181)

Variable	Groupe suicide		Groupe de comparaison		t
	M	ÉT	M	ÉT	
Âge	15,3 (n = 19)	1,38	15,6 (n = 129)	1,09	1,07
Nombre de consultations à l'hôpital	1,25 (n = 24)	2,15	0,42 (n = 147)	1,63	-1,8
Nombre de consultations CLSC, clinique, école, privé	2,25 (n = 24)	2,75	1,97 (n = 150)	4,26	0,31
Scores composés IGT-ADO					
Alcool	0,18 (n = 25)	0,19	0,1 (n = 156)	0,16	-2,03a
Drogues	0,25 (n = 25)	0,11	0,21 (n = 155)	0,09	-2,31*
Santé psychologique	0,51 (n = 25)	0,13	0,24 (n = 156)	0,17	-8,02***
Relations interpersonnelles	0,36 (n = 25)	0,34	0,18 (n = 152)	0,26	-2,62*
Relations familiales	0,47 (n = 25)	0,29	0,31 (n = 154)	0,3	-2,53*
École	0,41 (n = 25)	0,36	0,28 (n = 149)	0,29	-1,63
Social/judiciaire	0,24 (n = 25)	0,19	0,19 (n = 156)	0,21	-1,08
Santé physique	0,28 (n = 25)	0,24	0,20 (n = 153)	0,27	-1,3

Note. ^a $p = .051$. * $p < .05$. *** $p < .001$.

Tableau 5

Moyennes et écarts-types des scores composés de l'IGT-ADO et évolution du profil biopsychosocial en fonction de l'appartenance au groupe suicide ou non et du temps de relance (n = 106)

Variable	Groupe suicide		Groupe de comparaison	
	M	ÉT	M	ÉT
Alcool ^a	(n = 14)		(n = 91)	
Admission	0,2	0,21	0,09	0,15
Trois mois	0,21	0,20	0,11	0,15
Six mois	0,26	0,23	0,11	0,16
Drogues ^a	(n = 14)		(n = 91)	
Admission ^b	0,29	0,10	0,21	0,09
Trois mois	0,11c	0,08	0,13c	0,09
Six mois	0,15d	0,11	0,11d	0,09
Santé psychologique ^a	(n = 14)		(n = 92)	
Admission	0,53	0,16	0,27	0,17
Trois mois	0,45	0,28	0,32	0,18
Six mois	0,44	0,27	0,28	0,19
Relations interpersonnelles ^a	(n = 14)		(n = 91)	
Admission	0,32	0,28	0,20	0,28
Trois mois	0,32	0,26	0,20	0,23
Six mois	0,24	0,24	0,16	0,19
Relations familiales ^a	(n = 13)		(n = 90)	
Admission	0,57	0,26	0,30	0,28
Trois mois	0,35c	0,29	0,23c	0,26
Six mois	0,35d	0,32	0,21 d	0,24
École ^a	(n = 12)		(n = 85)	
Admission	0,44	0,34	0,30	0,3
Trois mois	0,27	0,36	0,20	0,25
Six mois	0,22d	0,32	0,13d	0,2
Social / judiciaire ^a	(n = 14)		(n = 92)	
Admission ^b	0,31	0,20	0,15	0,19
Trois mois	0,21	0,31	0,13	0,17
Six mois	0,12d	0,16	0,12	0,19
Santé physique	(n = 14)		(n = 89)	
Admission	0,26	0,26	0,24	0,28
Trois mois	0,17	0,22	0,18	0,24
Six mois	0,14	0,22	0,19	0,23

Note. a : Différence entre le groupe suicide et le groupe de comparaison, indépendamment du temps (GLM). Selon les analyses à postériori ; b : différence entre les deux groupes, par temps de mesure; c : différence dans le temps pour chacun des groupes entre l'admission et la relance de trois mois; d : différence dans le temps pour chacun des groupes entre l'admission et la relance de six mois. $p < .05$

Chapitre IV

Article 2: Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires

Ledoux, C., Brunelle, N., & Bertrand, K. (2011). Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires. *Drogues, santé et société*, 10(2), 105-142.

<http://drogues-sante-societe.ca/le-vecu-dadolescents-toxicomanes-en-traitement-presentant-des-comportements-suicidaires/>

Titre courant: SUICIDE ET TOXICOMANIE : VÉCU D'ADOLESCENTS EN TRAITEMENT

Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires

Titre abrégé : Suicide et toxicomanie : vécu d'adolescents en traitement

Cinthia Ledoux, M.Ps, candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Natacha Brunelle, Ph. D., professeure titulaire au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Karine Bertrand, Ph. D., professeure agrégée au programme d'études et de recherche en toxicomanie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Correspondance :

Natacha Brunelle, Ph. D.

Département de psychoéducation

Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500

Trois-Rivières, Québec

G9A 5H7

Courriel : natacha.brunelle@uqtr.ca

Résumé

Les comportements suicidaires ne sont que peu considérés dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents. Les connaissances des particularités liées à leur processus de rétablissement et à leur perception des services reçus sont très limitées, mais elles sont nécessaires afin de leur offrir des services mieux adaptés à leur réalité. Cette étude vise à explorer le vécu et les perceptions quant au processus de rétablissement de jeunes qui présentent des comportements suicidaires lors de leur admission en traitement de la toxicomanie. En vue de mieux comprendre les particularités de leur expérience, un sous-objectif de l'étude est de la mettre en contraste avec celle des adolescents ne rapportant pas de tels comportements. Dans le cadre d'entretiens semi-structurés, 27 jeunes ont été rencontrés six mois après leur admission dans un centre de traitement de la toxicomanie. De ce nombre, huit jeunes ont évoqué avoir eu des comportements suicidaires au cours de leur rétablissement ou en présentaient à leur admission en traitement. Des analyses thématiques ont été réalisées. Les jeunes présentant des comportements suicidaires rapportent davantage l'influence d'une personne modèle sur leur choix de commencer un traitement ou de réduire leur consommation. Ils nomment également avoir vécu des difficultés entravant l'établissement de l'alliance thérapeutique ainsi que des difficultés à rompre les liens avec les pairs consommateurs. Les comportements suicidaires qu'ils décrivent semblent liés à des événements difficiles ou à une détresse psychologique persistante. Ces

résultats mettent en évidence des pistes d'intervention afin d'orienter le traitement de la toxicomanie en fonction des besoins des adolescents qui présentent à la fois un problème de toxicomanie et des comportements suicidaires.

Mots-clés : Suicide, toxicomanie, adolescence, traitement, qualitatif

Experience of adolescents with suicidal behaviors undergoing treatment for substance abuse

Abstract

Suicidal behaviours are rarely taken into consideration in adolescent addiction treatment. Knowledge is very limited concerning the particularities of youths' recovery trajectories and their perceptions of services received, yet it is needed if we are to offer services that are better adapted to their reality. This study concerns youths who exhibit suicidal behaviours when entering addiction treatment and aims to explore their personal experience and perceptions regarding their recovery trajectory. A secondary objective of the study is to better understand the particularities of these adolescents' experience by contrasting it with the experience of those who do not report such behaviours. Semi-structured interviews were conducted with 27 youths six months after they entered an addiction treatment centre. Among them, eight recalled instances of suicidal behaviour during their recovery or exhibited such behaviours when entering treatment. Thematic analyses were conducted. Youths exhibiting suicidal behaviours, there are more reports of the influence of a role model on the choice to begin treatment and the reduction of their substance use. They also report some difficulties to establish a therapeutic alliance or breaking ties with fellow users. The suicidal behaviours they describe appear to be linked to difficult events or persistent psychological distress. These results highlight some

therapeutic guidelines in order to tailor services to the needs of adolescents who exhibit addiction problems along with suicidal behaviours.

Keywords: Suicide, addiction, adolescence, treatment, qualitative

Note des auteures

Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de la première auteure.

L'auteure principale aimerait remercier la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées pour son soutien financier et matériel, l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, le CRSH (subvention ARUC) et le Fonds de recherche sur la société et la culture pour leur soutien financier ainsi que Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec et les centres Le Grand Chemin pour leur collaboration au projet de recherche.

Introduction

Les comportements suicidaires (idéations suicidaires ou tentatives de suicide) ne sont que peu considérés dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents, malgré leur prévalence importante (Erinoff & al., 2004). Selon différentes études, entre 18 et 30 % des jeunes en traitement de la toxicomanie rapportent des tentatives de suicide avant l'entrée en traitement (Cavaiola & Lavender, 1999; Ramchand, Griffin, Harris, McCaffrey, & Morral, 2008). Au Québec, 48 % des adolescentes et 11 % des adolescents toxicomanes admis dans un centre de réadaptation en dépendance rapportent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Bertrand, Ménard, & Plourde, 2004).

Malgré la prévalence importante de la cooccurrence entre la toxicomanie et les comportements suicidaires, les liens entre ces deux problématiques sont encore mal compris (Goldston, 2004; Kaminer, Burleson, Goldston, & Burke, 2006). Certains auteurs émettent l'hypothèse que la consommation abusive d'une substance psychoactive (SPA) favoriserait le passage à l'acte suicidaire non planifié (Bukstein & al., 1993; Gossop, 2005). Le cas de l'intoxication à l'alcool est particulièrement documenté, car un de ses effets est de désinhiber, ce qui diminuerait les réticences de la personne à s'enlever la vie (Gossop, 2005; Rossow, Romelsjo, & Leifman, 1999; Schilling, Aseltine, Glanovsky, James, & Jacobs, 2009). D'autre part, une étude récente montre que l'utilisation du

cannabis serait liée à un premier passage à l'acte suicidaire chez les adolescents (Roberts, Roberts, & Xing, 2010).

Une autre hypothèse afin d'expliquer les liens entre la toxicomanie et le suicide est celle de l'automédication, qui fait référence à une consommation de SPA afin d'atténuer une détresse psychologique (Bukstein & al., 1993; Gossop, 2005).

Certaines études montrent des perturbations dans le fonctionnement du cerveau de personnes présentant une consommation problématique de SPA, particulièrement l'ecstasy (Morgan, 2000), mais aussi chez les personnes s'étant suicidées ou présentant des comportements suicidaires (Mann, Brent, & Arango, 2001; Mann, Oquendo, Underwood, & Arango, 1999). L'hypothèse selon laquelle la consommation de SPA causerait des changements biologiques amenant une dégradation de l'humeur et ultérieurement des comportements suicidaires chez les individus vulnérables a aussi été formulée (Volkow, 2001).

D'autres auteurs supposent que le suicide et les problèmes de consommation de SPA auraient des facteurs de risques communs (Bukstein et al. 1993; Rossow, Romelsjo, & Leifman, 1999), par exemple des problèmes familiaux ou des abus physiques ou sexuels durant l'enfance (Mishara & Tousignant, 2004; Nadeau & Biron, 1998) ou certains traits de caractère comme l'impulsivité

(Conason, Oquendo, & Sher, 2006; Gossop, 2005). Malgré ces nombreuses possibilités, il est difficile d'identifier un lien de causalité spécifique entre les problèmes de toxicomanie et les comportements suicidaires, de vérifier si les interrelations persistent dans le temps ou si le type de SPA consommé affecte le type de difficultés psychologiques rencontrées (Goldston, 2004).

Tout de même, quelques études ont montré que la dépression et la toxicomanie étaient souvent concomitantes parmi les adolescents qui avaient eu des comportements suicidaires (Arria & al., 2009; Cavaola & Lavender, 1999; Cosgrave & al., 2004; Wagner, Cole, & Schwartzman, 1996). L'association entre la toxicomanie, les troubles de la conduite et les comportements suicidaires est aussi étudiée puisque tous ces comportements seraient associés à la présence d'impulsivité (Goldston, 2004; Goldston, Daniel, & Arnold, 2006). Toutefois, les résultats des études en ce domaine sont encore trop partiels pour éclairer avec précision les mécanismes complexes permettant d'expliquer les interrelations entre suicide, troubles mentaux et toxicomanie.

Esposito-Smythers et Goldston (2008), à partir de leurs précédentes études sur le traitement offert aux adolescents présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires, constatent la présence plus marquée de caractéristiques particulières chez cette clientèle. Ils notent des antécédents d'hospitalisation, des symptômes dépressifs persistants, des problèmes

scolaires, une ambivalence face au désir de changer sa consommation, de précédentes tentatives de réduction de la consommation de SPA s'étant souvent avérées vaines et l'association à des pairs déviants. Ces jeunes s'associent à un réseau déviant afin d'éviter le rejet et l'isolement. De plus, ils ne possèderaient que peu d'amis soutenant ou non consommateurs. Donc, lorsqu'ils doivent s'éloigner de leurs pairs consommateurs ou déviants, ils se retrouvent seuls et éprouvent des difficultés à s'intégrer dans un nouveau réseau social (Esposito-Smythers & Goldston, 2008).

Les jeunes présentant la double problématique toxicomanie/ comportements suicidaires représentent un défi lors de l'intervention, car ils sont à risque de passage à l'acte suicidaire. De plus, comme il existe peu de services intégrés permettant de traiter les deux problématiques en même temps, il faut donc soit prioriser une des deux problématiques, soit demander à l'adolescent d'être traité par deux intervenants différents (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Goldston, 2004). Le fait de traiter les problématiques séparément peut compliquer le processus thérapeutique, considérant qu'elles peuvent être étroitement liées. D'autre part, la multiplication des intervenants peut compliquer l'alliance thérapeutique, en plus de confronter parfois l'adolescent à des interventions incohérentes (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt, & Monti, 2011).

À notre connaissance, il n'existe que deux études portant spécifiquement sur le traitement offert aux adolescents présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires (Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt, & Monti, 2011; Esposito-Smythers, Spirito, Uth, & LaChance, 2006). Celles-ci montrent l'impact positif d'une thérapie cognitive-comportementale sur les comportements suicidaires et la consommation de SPA. Certaines études sur le traitement de la toxicomanie excluent les jeunes présentant des comportements suicidaires (Barrett Waldron, Slesnick, Brody, Turner, & Peterson, 2001; Monti & al., 1999). Inversement, certaines études sur les jeunes présentant des comportements suicidaires ne considèrent pas la problématique de toxicomanie ou excluent ces jeunes (Donaldson, Spirito, & Esposito-Smythers, 2005; Rudd & al., 1996). Malgré le nombre restreint d'études sur cette clientèle spécifique, il existe quelques recommandations sur leur traitement provenant de consensus d'experts ou de la littérature scientifique. Par exemple, il est suggéré de s'attarder d'abord aux comportements suicidaires et ensuite aux problématiques concomitantes, d'offrir un traitement intégré ou de privilégier une approche cognitivo-comportementale (Esposito-Smythers & Spirito, 2004; Muehlenkamp, Ertelt, & Azure, 2008).

Donc, peu d'études portent sur le rétablissement des adolescents toxicomanes qui présentent des comportements suicidaires. De plus, les connaissances sur les particularités de leur processus de rétablissement et sur leurs perceptions

des services reçus sont très limitées. Il n'y a, à notre connaissance, aucune étude qualitative s'attardant à la perspective subjective des adolescents toxicomanes présentant des comportements suicidaires face à leur processus de rétablissement. De telles études sont importantes afin de saisir la portée des phénomènes associés à la toxicomanie ou de découvrir de nouveaux phénomènes, ce que les études quantitatives ne permettent pas toujours (Valdez & Sifaneck, 2010). Mucchielli (1996) renforce cette position en soulignant que la subjectivité de l'acteur social envers ses expériences influence en elle-même son devenir. Donc, il est important de s'intéresser à la perspective subjective des adolescents toxicomanes suicidaires afin d'adapter les services en fonction de leurs besoins spécifiques et de respecter la démarche personnelle qu'ils ont amorcée.

Une approche phénoménologique telle que conceptualisée par Giorgi (Giorgi, 1997; Giorgi & Gallegos, 2005; Giorgi & Giorgi, 2008) a été choisie pour cette étude. La phénoménologie tente de comprendre ou d'expliquer la situation ou le concept étudié et les différents sens qui y sont attribués par les personnes impliquées (Creswell, 1998) plutôt que de rechercher une représentativité statistique. L'approche phénoménologique tente de clarifier les situations (Giorgi & Giorgi, 2008) et d'identifier le sens des données recueillies en s'attardant à la signification attribuée par le sujet lui-même (Giorgi & Gallegos, 2005). Dans cette approche, plusieurs personnes sont recrutées, d'un ou plusieurs milieux,

l'important étant qu'elles aient vécu le phénomène étudié et qu'elles soient capables d'en parler (Creswell, 1998). Pour Poupart (1997), la connaissance de la perspective subjective des acteurs sociaux permet d'apporter des pistes d'intervention adaptées à leurs besoins, leurs désirs et leurs capacités. Cette étude a été développée dans le but d'offrir des pistes de réflexion et d'intervention aux centres de réadaptation en dépendance afin d'adapter les services offerts aux besoins des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de documenter en profondeur l'expérience pluridimensionnelle des adolescents qui présentent des comportements suicidaires en ce qui concerne leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant l'admission en traitement de la toxicomanie. En vue de mieux comprendre les particularités de leur expérience, un sous-objectif de l'étude est de la mettre en contraste avec celle d'adolescents toxicomanes en traitement ne rapportant pas de tels comportements.

Méthode

Cette étude qualitative est exploratoire et s'appuie sur une perspective phénoménologique (Giorgi, 1997; Giorgi & Giorgi, 2008). Ce devis a été choisi étant donné que la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires est un domaine de recherche encore peu exploré. Dans ce contexte,

il s'avère pertinent d'adopter une démarche de recherche exploratoire afin de comprendre le phénomène en recueillant de l'information en profondeur sur un petit nombre de participants (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1996). Par ailleurs, cette étude est l'une des premières études qualitatives à explorer la perspective subjective des adolescents toxicomanes présentant des comportements suicidaires par rapport à leur processus de rétablissement et aux services reçus. Elle vise à offrir une première description de ces phénomènes selon la perspective des acteurs sociaux impliqués. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale évaluative à devis mixte (quantitative et qualitative) en milieu naturel menée auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents (Bertrand & al., 2009). Elle a pour objectif d'évaluer les programmes de traitement de la toxicomanie pour les adolescents de centres résidentiel et externe.

Participants

Pour constituer l'échantillon du volet qualitatif, un sous-groupe de 27 jeunes volontaires a été sollicité parmi les 199 jeunes ayant participé au volet quantitatif longitudinal de la plus large étude évaluative. Un échantillonnage théorique a été utilisé à partir de caractéristiques conceptuellement représentatives (Patton, 2002), que nous nommerons variables stratégiques : le genre, le centre de traitement de référence (résidentiel ou externe) et le lieu géographique (Bertrand & al., 2009). Ces éléments peuvent influencer le processus de rétablissement des adolescents rencontrés et assurent une représentation des

différentes facettes du phénomène plus large étudié, soit le processus de rétablissement (American Society in Addiction Medicine, 2007; Reinhardt & al., 2008). L'objectif de cette étude étant de mieux comprendre le processus de rétablissement des jeunes toxicomanes suicidaires en traitement, ces variables n'étaient pas utilisées à des fins de comparaison.

Au cours des analyses préliminaires, un sous-groupe de huit jeunes a émergé. Ces jeunes rapportent des comportements suicidaires, soit : 1) lors de l'entretien qualitatif où ils évoquent spontanément la présence de comportements suicidaires peu avant leur entrée en traitement ou au cours de leur rétablissement; 2) lors des 30 jours précédant l'admission en traitement ou des suivis de trois et six mois, comme rapporté lors de la passation de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT-ADO)* (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002). Les jeunes devaient avoir répondu « oui » à une des questions suivantes :

- « Au cours des 30 derniers jours, as-tu eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario) ? »; ou
- « Au cours des 30 derniers jours, as-tu tenté de te suicider ? ».

Le sous-échantillon des adolescents rapportant des comportements suicidaires, le groupe suicidaire (GS), est composé de deux adolescents et six adolescentes âgés en moyenne de 15,2 ans. Parmi ces jeunes, quatre proviennent des

centres de traitement de la toxicomanie résidentiels et quatre de centres externes. Lors de l'entrevue, trois jeunes bénéficiaient toujours des services du centre de réadaptation en dépendance. Pour sa part, le groupe de comparaison (GC) était composé de 13 adolescents et six adolescentes dont environ la moitié provenait des centres externes (52,6 %). Au moment de l'entrevue, six jeunes recevaient toujours des services. Pour les autres détails sociodémographiques, voir le Tableau 6 ci-dessous.

[Insérer le Tableau 6 à peu près ici]

Le traitement reçu par les adolescents variait selon leur centre de provenance. Le centre externe utilisait une approche cognitive-comportementale, incluant des entretiens motivationnels, dans le but d'obtenir une réduction des méfaits associés à la toxicomanie. Son programme est une adaptation du *Cannabis Youth Treatment* (Sampl & Kadden, 2001; Webb, Scudder, Kaminer, & Kadden, 2002), et quelques rencontres familiales y étaient également prévues. Les centres résidentiels quant à eux offraient un programme interne de dix semaines. La thérapie de groupe ainsi que l'abstinence y étaient privilégiées. L'approche de ces centres est basée sur le modèle Minnesota (12 étapes) (Anderson, McGovern, & DuPont, 1999; McElrath, 1997; Winters, Stinchfield, Latimer, & Lee, 2007) et inclut également quelques rencontres familiales. De plus, un suivi postcure hebdomadaire d'une durée de quatre mois était offert.

Mode de cueillette de données

Des entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés (Boutin, 1997) ont été utilisés. Ces entretiens étaient menés sous forme de récits de pratique (Bertaux, 2005) d'une durée approximative de 45 minutes et centrés sur le processus de changement et la perception des jeunes face aux services reçus. Ils ont permis d'obtenir la perspective subjective des jeunes quant aux dimensions individuelles, sociales et institutionnelles ayant pu influencer leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant leur entrée en traitement.

Les entretiens étaient guidés par une grille (Tableau 7) comprenant des thèmes liés aux questions de recherche : 1) l'évolution de la gravité des problèmes d'alcool et d'autres drogues lors d'une période de six mois suivant l'admission en traitement; 2) l'évolution de dix sphères biopsychosociales (alcool, drogue, santé physique, école, loisirs, travail, état psychologique, relations interpersonnelles, relations familiales, situation légale); 3) l'expérience pluridimensionnelle, dont le vécu émotif, cognitif et comportemental, de ces jeunes au cours de leur processus de rétablissement ainsi que leurs perceptions quant aux dimensions individuelles, sociales et institutionnelles ayant pu l'influencer et; 4) le vécu des participants au cours de leur traitement.

[Insérer le Tableau 7 à peu près ici]

Déroulement

Les jeunes ont été rencontrés lors de leur admission en traitement, à trois mois et à six mois, afin de compléter le volet quantitatif du projet de recherche plus large, comprenant la passation de l'IGT-ADO (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002). Le recrutement pour le volet qualitatif s'est fait parmi les participants de ce volet quantitatif ayant consenti à être sollicités pour participer à un entretien semi-structuré d'environ 45 minutes, six mois après leur admission en traitement. Ce choix du moment de l'entretien se justifie par le fait que la phase active du traitement était complétée pour la plupart des jeunes et qu'il était ainsi possible d'obtenir leur satisfaction face aux services et de documenter à moyen terme leur processus de rétablissement. Les participants étaient alors contactés par un agent de recherche. Les entretiens se sont déroulés dans les locaux des centres de traitement ou au domicile du participant.

Ce projet de recherche a fait l'objet d'une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT/2005-033) et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-07-123-06.11).

Analyses

L'analyse des entretiens semi-structurés a été réalisée selon la méthode d'analyse du contenu thématique (Ghiglione & Matalon, 1998). Des unités de significations ont donc été identifiées et ont permis l'élaboration des catégories conceptuelles détaillées qui ont formé la grille de codification. Par la suite, des analyses verticale et transversale ont été faites à partir de comparaisons entre les entretiens permettant d'identifier les thèmes récurrents (Miles & Huberman, 1994) et de contraster les entretiens du GS et ceux du GC. Une grille de codification mixte a été utilisée. Une procédure close, incluant certains thèmes qui ont été préétablis en lien avec la grille d'entretien (voir Tableau 7) a été associée à une procédure ouverte où les thèmes émergents, par exemple l'aide formelle reçue pour la santé psychologique, ont été identifiés pour ensuite permettre la comparaison entre les entretiens du groupe suicidaire (GS) et ceux du groupe de comparaison (GC) (Ghiglione & Matalon, 1998). Ces analyses ont été faites à l'aide du logiciel NVIVO8.

Résultats

Les analyses réalisées ont permis de dresser un premier constat, soit qu'à l'exception de quelques éléments, les jeunes du GS décrivent un vécu et des perceptions similaires à ceux mentionnés par les jeunes du GC quant à leur traitement et à leur processus de rétablissement. Dans un premier temps, le

vécu des jeunes du GS sera présenté, suivi par les particularités de leur expérience en comparaison avec celle du groupe GC.

Motifs de l'entrée en traitement

La raison la plus fréquemment rapportée par les adolescents du GS pour expliquer leur motivation à entrer en traitement est le fait de vouloir imiter une personne significative de leur entourage qui était toxicomane et qui a cessé de consommer après un traitement spécialisé. Les jeunes nomment qu'ils sont encouragés par cette personne ou constatent les changements réalisés par celle-ci et se croient capables de changements similaires. Dans la plupart des cas, cette personne est un pair, mais il peut aussi s'agir d'un membre de la famille. Muriel¹ (GS, résidentiel) explique :

« J'ai connu le centre [résidentiel] à cause de deux filles qui y sont allées [...] Je me suis dit, hein, je veux être comme elles! [...] je n'ai jamais voulu parler à un intervenant de ma vie. Puis le jour où j'ai voulu aller au centre [résidentiel], je suis allée voir mon intervenant. »

Le second motif le plus rapporté est la présence de pressions provenant de l'entourage, particulièrement de leurs parents. Le traitement est alors entrepris afin de rétablir la confiance ou d'éviter un placement en centre jeunesse.

¹ Tous les noms utilisés dans ce document sont des noms fictifs.

Comme le dit Claudine (GS, externe) : « Mes parents m'avaient obligée de faire ça sinon je rentrais ici [centre jeunesse]. »

Certains jeunes ont amorcé une demande de services, car ils ne se sentaient plus à l'aise avec leur consommation ou les multiples conséquences qu'elle occasionnait, comme les problèmes familiaux ou judiciaires. C'est ce qui motive Claudine (GS, externe) à faire une nouvelle demande de service au moment de l'entretien :

« J'ai toutes laissé mes valeurs de côté, comme tu vois, la famille c'est important pour moi, pis quand je consommait chez nous, c'était *fuck* la famille [...]. Faque je veux complètement arrêter ma consommation. »

Pour quelques jeunes du GS, l'entrée en traitement est liée à la survenue d'un événement personnel qu'ils perçoivent comme une conséquence de leur consommation. Il peut s'agir de problèmes psychologiques ou d'ordre scolaire. C'est le cas d'Amélie (GS, résidentiel) qui a été dirigée par l'école vers le centre de traitement après qu'elle eut demandé de l'aide :

« J'étais pu capable, pis là à moment donné, je suis entrée dans le bureau de ma directrice parce que j'avais manqué un examen à cause que j'étais trop *pockée* de la veille. [...] j'ai commencé à toute lui dire qu'est-ce que je prenais. »

Vécu en traitement : objectifs et sentiments

En ce qui a trait aux objectifs initiaux du traitement, les jeunes du GS ne visaient pas un arrêt complet de leur consommation. Ils souhaitaient plutôt réduire leur consommation ou la cesser temporairement dans l'espoir de pouvoir ensuite consommer occasionnellement. Amélie (GS, résidentiel) montre l'évolution de son objectif au cours du suivi :

« J'arrête juste la pilule, pis le pot, c'est clair que j'en fume en ressortant. C'était mon idée fixe, mais à la longue ça a changé. J'ai trouvé que en fumant du pot, c'est de même que j'avais commencé la *pinotte*. »

Tous les jeunes du GS nomment vivre un malaise ou des inquiétudes face au traitement. Pour certains, cela est lié au fait qu'ils doivent s'ouvrir face aux autres ou à leur intervenant, qu'ils doivent être en groupe ou alors que le processus thérapeutique leur est inconnu. C'est ce que Tristan (GS, résidentiel) explique : « Au début je me demandais c'était quoi *tsé*. [...] Je suis arrivé là-bas, je capotais. Je pensais que c'était une secte [...]. Mais je me suis mis à entrer dans *game* pis je me suis habitué. »

Éliane (GS, résidentiel) va dans le même sens lorsqu'elle qualifie son entrée en traitement de « journée infernale », car elle ne voulait pas y aller et devait cesser immédiatement sa consommation, ce qu'elle était peu préparée à faire.

Seulement un nombre restreint des adolescents du GS nomment se sentir confortables face au début du traitement. Pour ces jeunes, l'espoir que le traitement pourrait les aider à atteindre leurs objectifs créait une perception positive de leur entrée en traitement. Toutefois, même pour ces jeunes, les sentiments de malaise étaient présents. L'attitude ou les sentiments face au traitement évolue au fil de celui-ci. Tristan (GS, résidentiel) décrit bien ce processus d'adaptation au processus de traitement :

« Quand j't'arrivé en centre, j'ai vu toute qu'est-ce qui avait à faire, la job pis toute pis. J'avais la chienne un peu. [...] Pis là, t'es complètement assommé. Mais après une bonne couple de jours, peut-être même une semaine, ben là c'est là que j'ai commencé à rentrer dans le travail pis la motivation elle a commencé à rentrer. »

Dans le cas du vécu dans la relation avec l'intervenant, la plupart des jeunes du GS décrivent avoir eu un bon contact avec celui-ci. La relation est décrite en termes positifs lorsque les jeunes sentent de l'ouverture ou du respect de la part de leur intervenant. Quelques jeunes nomment qu'il était important pour eux que leur intervenant s'intéresse à différentes sphères de leur vie, comme les relations interpersonnelles et qu'il les aide à gérer ces difficultés. Les jeunes décrivent aussi avoir apprécié sentir qu'il y avait quelqu'un derrière eux pour les soutenir en cas de besoin ou qui les encourageait à persévérer dans leur démarche.

« Je veux dire mon intervenant, il me disait : "Ah ouais, t'as bien fait ça" . Il me redonnait des objectifs. J'ai jaser un peu de qu'est-ce qui allait mal, tsé j'avais de la misère à parler au groupe de ce que je pouvais peut-être parler à lui » (Luc, GS, résidentiel).

Quelques jeunes du GS, comme Élodie (GS, externe), décrivent qu'ils ont parfois éprouvé un malaise avec leur intervenant, car ils n'appréciaient pas sa manière d'intervenir : « Ben c'était juste des questions, elle me bombardait de questions. Tsé comment ça se passe, comment ci, comment ça, pis qu'est-ce que tu ferais si, tsé c'est vraiment fatigant. »

Pour ces quelques jeunes, les problèmes dans la relation avec l'intervenant étaient trop importants pour qu'ils créent une relation de confiance avec lui. Élise (GS, externe) décrit au cours de l'entretien avoir vécu un abus sexuel par un homme qui avait à peu près l'âge de son intervenant, ce qui a entravé l'établissement de la relation de confiance avec ce dernier. De plus, elle explique également l'importance de se respecter sur le plan du rythme : « J'aimais mieux m'aider moi-même, que tout le temps me faire pousser dans le dos pis toute là. Faque c'est pour ça que j'ai arrêté. »

Changements perçus

La consommation

Sur le plan de l'évolution de leur consommation, tous les jeunes du GS ont connu une diminution de leur consommation de SPA au cours de la période de six mois suivant leur entrée en traitement et certains sont abstinents au moment de l'entretien. Parmi les jeunes qui poursuivent leur consommation, plusieurs considèrent qu'elle est maintenant moins problématique.

Pour certains jeunes du GS, le traitement n'est pas le seul facteur expliquant la diminution de leur consommation. Dans certains cas, c'est plutôt un placement en centre jeunesse qui amène une diminution de la consommation puisque l'accès aux SPA y est difficile. Élodie (GS, externe) nomme le peu d'impact de cette contrainte sur sa motivation à cesser de consommer : « Ben si je sortirais d'ici, pis que j'aurais le droit de sortir de ma famille d'accueil, ben c'est clair que je consommerais encore. »

Par ailleurs, pour quelques-uns de ces jeunes, la présence d'un modèle négatif dans leur entourage qui poursuit sa consommation est identifiée comme un facteur les aidant à maintenir les améliorations qu'ils ont faites. Ceux-ci voient les conséquences vécues par une autre personne et cela les dissuade de

revenir dans leurs anciens comportements, comme le nomme Élise (GS, externe) :

« [...] un de mes amis de gars, [...], lui il est rendu dans la vingtaine, pis ce qui fait il est “effouarré” sur son divan, pis il consomme [...]. Je n'ai pas le goût de virer comme lui. »

Cependant, certains jeunes mentionnent avoir connu des fluctuations de consommation au cours de la période de six mois suivant leur entrée en traitement. Ces changements peuvent être liés à une modification dans les relations avec les pairs ou à un contexte de vie facilitant l'accès à certaines substances.

« C'était pas grâce à [centre de traitement externe], mais parce que mon ex, j'étais pu avec, pis lui c'était un trippeux de pinotte, tandis que mes cousins c'était pas vraiment la pinotte, c'était plus la bière. Faque je me suis accrochée à la bière » (Élodie, GS, externe).

Dans quelques cas, cette augmentation a été transitoire avant une diminution par choix ou par contrainte, comme un placement en centre jeunesse.

Par ailleurs, chez les jeunes du GS ayant bénéficié des services des centres résidentiels, la présence d'une rechute est vécue comme un événement décevant pour eux ou regrettable. Ceux qui ont rechuté ont poursuivi leur

consommation après leur rechute. En outre, ils ne mentionnent pas avoir utilisé les services de soutien offerts lors d'une rechute.

Les relations interpersonnelles

Sur le plan des relations familiales, les jeunes qui en parlent indiquent que la thérapie a permis de les améliorer. Des changements dans la communication, un nombre réduit de conflits et un rétablissement du lien de confiance sont souvent mentionnés. Certains, comme Muriel (GS, résidentiel), décrivent également qu'ils apprécient davantage les activités et les moments passés avec leur famille : « Tsé j'aime ça être chez nous [...]. Avant je voulais tout le temps partir, je voulais tout le temps sortir. »

Sur le plan des relations interpersonnelles, les jeunes du GS semblent éprouver davantage de difficulté dans le processus de rupture avec leurs pairs déviants, même si quelques-uns sont arrivés à couper les liens. Plusieurs jeunes du GS poursuivent les contacts ou ont pris plusieurs mois avant de s'éloigner de leurs amis consommateurs, entre autres, car ils trouvaient ce changement difficile à effectuer ou parce qu'ils proviennent d'une petite municipalité. Muriel (GS, résidentiel) l'illustre dans ces propos :

« Ça a été dur de faire ma première étape, d'accepter là. D'accepter que j'étais dépendante puis dans le fond de tout laisser. Les consos, mes amis de conso, puis tout, ça a pris du temps. Ça fait un mois

que je ne leur parle pu à mes amis de conso puis ça fait un bout que je suis sortie de thérapie. »

Quelques jeunes nomment s'être sentis seuls à certains moments ou être nostalgiques de ces relations, car ils avaient du plaisir avec leurs amis consommateurs : « C'est sûr que des fois je m'ennuie de mes anciens amis parce que tsé c'était des flyés pis toute, on était tout le temps sur la go » (Luc, GS, résidentiel). Quelques-uns de ces jeunes associent la reprise ou la poursuite de leur consommation à leur incapacité de changer intégralement leur réseau social pour des amis non consommateurs : « J'ai pas le choix parce que la dernière fois, ça l'a échoué même si j'ai gardé quelques amis. Faque il va falloir que je les tasse tous » (Claudine, GS, externe). D'autres jeunes mentionnent que leurs relations d'amitié reposent maintenant sur d'autres éléments que la consommation.

Comportements suicidaires

Les comportements suicidaires rapportés par le groupe GS semblent se présenter sous deux formes. Dans le premier cas, les jeunes décrivent des événements difficiles qui se produisent dans une période de temps restreinte où ils font un passage à l'acte suicidaire. Cette situation est rapportée par les jeunes autant dans la période précédant l'entrée en traitement que pendant les six mois suivant celle-ci. C'est ce qui s'est produit pour Élise (GS, externe) :

« Ben je me suis pognée avec ma mère vraiment gros là [...]. Je voulais aller en Cour pour les abus [sexuels] et toute là, pis ça m'inquiétait vraiment gros là. Pis dans le fond, ben, ça vraiment mal tourné là [...]. Mais dans le fond j'avais essayé de me suicider cette journée-là. »

Luc (GS, résidentiel) décrit un contexte qui va dans le même sens :

« J'aurais dû entrer au [centre de traitement] avant ce deux mois-là parce que c'est là vraiment que la dérape a parti. Pis là on avait appelé, j'étais sur la liste d'attente, toute. Pis là, ça allait vraiment pas ben, quasiment mais pas toute, ben oui, toute vraiment allait mal genre. Pis là, j'ai... J'ai décidé de faire une tentative de suicide. »

Les autres jeunes du GS nomment plutôt la présence de comportements suicidaires de façon intermittente, souvent associée à une détresse psychologique sans préciser de contexte précipitant la crise. Cette forme de comportements suicidaires est plutôt rapportée comme précédant l'entrée en traitement. Tristan (GS, résidentiel) reflète cet élément lorsqu'il nomme : « C'est sûr avant j'allais pas fort, y'a des bouts je *feelais* suicidaire, je me suis ramassé à l'hôpital une couple de fois, pis je capotais, tsé j'étais rendu fou. »

Aide reçue pour la santé psychologique

Les hospitalisations, pour des raisons telles que des comportements suicidaires ou d'autres problèmes psychologiques, sont relativement fréquentes parmi le nombre restreint de jeunes du GS ayant reçu des services formels. Claudine (GS, externe) décrit avoir été évaluée en pédopsychiatrie alors qu'Élise (GS, externe) a été hospitalisée après une tentative de suicide. D'autres jeunes mentionnent le soutien offert par leurs éducateurs en centre jeunesse pour leurs difficultés psychologiques. Toutefois, l'aide formelle ne se maintient pas dans le temps pour la plupart de ces jeunes et elle est rarement utilisée après la présence d'une tentative de suicide.

Quelques jeunes du GS perçoivent que les services offerts dans les deux centres de traitement de la toxicomanie les ont aidés sur le plan de leur santé psychologique, par exemple dans la gestion de leurs émotions. Toutefois, très peu de jeunes nomment que le traitement a ciblé des problématiques plus spécifiques de santé psychologique comme l'automutilation. Par ailleurs, quelques jeunes nomment qu'ils n'ont pas apprécié ou utilisé les services des centres de traitement de la toxicomanie dans des situations où leur santé psychologique était menacée.

Quelques jeunes nomment plutôt le recours à l'aide informelle, leur famille ou leurs amis, lors de difficultés psychologiques. C'est le cas de Muriel (GS,

résidentiel) qui, après un passage à l'acte suicidaire, s'est plutôt tournée vers ses proches :

« Puis j'en n'ai pas parlé au (centre résidentiel), tsé je ne sais pas. J'en ai parlé à mon chum, ça s'est bien passé, j'en ai parlé à ma chum de fille. Elle était là. Elle est restée avec moi deux, trois semaines de temps. »

Particularités du groupe suicidaire

Pour justifier l'entrée en traitement ou la motivation à modifier la consommation, on retrouve une première différence importante entre les groupes, soit l'influence d'un modèle positif ou négatif pour les jeunes du GS. Les jeunes du GS voient les changements positifs réalisés par des personnes modèles qu'ils se sentent en mesure de répliquer ou constatent les difficultés vécues par un autre et veulent éviter d'emprunter une trajectoire de vie similaire. Ce thème n'émerge que très peu des analyses des propos des jeunes du GC.

Une seconde différence entre les jeunes du GS et du GC concerne les objectifs poursuivis lors de l'entrée en traitement. À l'entrée en traitement, aucun jeune du GS n'a nommé son désir de cesser complètement sa consommation. Les jeunes planifiaient plutôt cesser temporairement ou quelques substances seulement avec l'intention de reprendre leur consommation par la suite en ayant

le contrôle sur celle-ci. La plupart des jeunes du GC nomment un désir de cesser complètement leur consommation dès l'entrée en traitement.

Le vécu en traitement est également différent entre les groupes. Aucun jeune du GC n'a décrit avoir vécu des problèmes suffisamment importants dans la relation avec son intervenant pour envisager de mettre un terme au traitement, contrairement à quelques jeunes du GS. De plus, les adolescents du GS ont tous dit avoir vécu un sentiment de malaise ou d'appréhension au moment de leur entrée en traitement, alors que dans le GC certains n'en rapportent pas et se montrent plutôt confiants, surtout lorsqu'il s'agit d'un retour dans les services.

Un autre aspect qui distingue les deux groupes est la difficulté des jeunes du GS à rompre les liens avec leurs pairs consommateurs. La plupart des jeunes du groupe GC ont coupé les liens avec leurs amis consommateurs ou ont clarifié leur position face à la consommation avec eux et sont respectés dans ce choix. Dans le cas du GS, ils poursuivent les contacts avec certains amis consommateurs ou prennent plus de temps avant de rompre définitivement les liens.

Discussion

Cette étude qualitative exploratoire est l'une des premières à s'attarder à l'expérience pluridimensionnelle des adolescents toxicomanes suicidaires face à

leur processus de rétablissement et aux services qu'ils ont reçus. Cette information est pertinente afin d'adapter les services en fonction des besoins et de la perception du traitement qu'ont ces jeunes. Il n'est toutefois pas possible de généraliser les résultats de cette étude à l'ensemble des adolescents en traitement de la toxicomanie ou de conclure à l'efficacité du traitement. Tout de même, il faut rappeler que l'objectif de l'étude était plutôt de mieux comprendre leur processus de rétablissement, ce qu'a permis cette étude basée sur des entretiens individuels.

Par ailleurs, une limite a trait au fait que le GS comprend davantage d'adolescentes. Cette donnée pourrait avoir influencée les résultats obtenus, les adolescents pouvant être moins enclins à demander de l'aide pour leurs difficultés (Miller & Eckert, 2009; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012) et vivre différemment leur processus de rétablissement. Toutefois, cette surreprésentation féminine concorde avec ce qui est généralement retrouvé dans la littérature, à savoir que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (Miller & Eckert, 2009; Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). Par ailleurs, étant donné que cette étude repose sur des analyses secondaires, la problématique du suicide n'était qu'une dimension du thème des difficultés psychologiques abordées, selon la grille d'entretien. Certains jeunes du GC pourraient avoir eu des comportements suicidaires au cours de leur rétablissement sans le mentionner lors de l'entretien. Cependant,

l'utilisation complémentaire de l'*IGT-ADO* (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002) lors de l'admission en traitement et des suivis de trois et six mois dans le volet quantitatif de l'étude plus globale, questionnant la présence de comportements suicidaires dans les 30 derniers jours, permet de réduire cette possibilité.

Une particularité des jeunes du GS est qu'ils sont ambivalents face à leur consommation, comme les adolescents des travaux d'Esposito-Smythers et Goldston (2008); ils cherchent à cesser temporairement leur consommation ou partiellement pour ensuite consommer de façon acceptable pour eux. Ces résultats sont cohérents avec ceux provenant des travaux menés auprès d'adultes aux prises avec des troubles mentaux concomitants lesquels présentent une attitude plus réfractaire au changement que les personnes toxicomanes sans trouble concomitant (Santé Canada, 2002). Bertrand, Beaumont, Durand, et Massicotte (2006) suggèrent d'adopter une approche de réduction des méfaits avec les adolescents toxicomanes en général. Nos résultats indiquent que c'est d'autant plus nécessaire avec les adolescents toxicomanes et suicidaires puisque ceux-ci présentent au départ un objectif de réduction de leur consommation plutôt que d'abstinence, qu'ils vivent difficilement leur rechute et qu'ils ne recherchent pas d'aide à ce moment.

En cohérence avec l'approche de réduction des méfaits, les approches motivationnelles sont recommandées pour les clientèles résistantes au changement et peu assidues au suivi thérapeutique (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006; Santé Canada, 2001). Parmi ces approches, citons l'entretien motivationnel (EM), une technique d'intervention centrée sur l'individu qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement (Miller & Rollnick, 2006). Non seulement, l'EM montre une efficacité significative au regard des problèmes liés aux substances psychoactives (Becker & Curry, 2008; Macgowan & Engle, 2010), mais également en ce qui concerne les troubles mentaux concomitants lorsqu'il est jumelé à la thérapie cognitive-comportementale chez les personnes présentant une double problématique (Cleary, Hunt, Matheson, & Walter, 2009). Par ailleurs, plus récemment, l'EM tend également à être recommandé pour appuyer une intervention auprès de personnes suicidaires (Zerler, 2008).

La création de l'alliance thérapeutique avec l'intervenant est un processus difficile pour certains jeunes du GS. L'alliance est un élément influençant positivement la rétention en traitement ou les changements obtenus autant chez les adolescents toxicomanes (Diamond & al., 2006; Tetzlaff & al., 2005) que chez ceux présentant des symptômes dépressifs ayant fait une tentative de suicide (Karver & al., 2008). Le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (Lane, Archambault,

Collins-Poulette, & Camirand, 2010) indique des pistes intéressantes pour la création de l'alliance thérapeutique avec un individu en crise suicidaire, celles-ci pourraient aussi être appliquées aux jeunes toxicomanes qui présentent des comportements suicidaires. Il y est suggéré de faire preuve d'empathie, de calme, d'écoute et de parler de manière rassurante. De plus, d'autres auteurs, en se basant sur une revue de littérature, suggèrent d'effectuer un monitoring continu de l'alliance thérapeutique afin que le client offre un *feedback* à l'intervenant pour que celui-ci s'ajuste aux besoins de son client (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand, & Landry, 2012).

Un autre point qui illustre certaines particularités du GS est leur difficulté à rompre les liens avec les pairs consommateurs puisqu'ils veulent éviter d'être seuls ou ont de la difficulté à se créer un nouveau réseau social, comme l'ont souligné Esposito-Smythers et Goldston (2008). De plus, la présence de pairs déviants nuirait entre autres à la rétention en traitement (Battjes, Gordon, O'Grady, & Kinlock, 2004). Le traitement en toxicomanie pourrait alors viser à aider le jeune à développer un sentiment d'appartenance sociale (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010) en favorisant des activités de groupes ou dans la communauté. Dans tous les cas, peu importe la méthode thérapeutique utilisée, les résultats de notre étude soulignent l'importance d'accompagner étroitement le jeune suicidaire et de l'outiller pour l'aider à réussir ses objectifs reliés à la modification de son réseau social.

Notre étude ne visait pas à identifier de façon formelle la présence de problèmes de santé mentale chez les jeunes du GS. Toutefois, il est possible de suspecter la présence de tels problèmes chez certains des adolescents du GS qui décrivent des comportements suicidaires intermittents associés à une souffrance psychologique, comme cela est retrouvé dans d'autres études (Arria & al., 2009; Cavaola & Lavender, 1999; Cosgrave & al., 2004; Wagner, Cole, & Schwartzman, 1996). Certains auteurs recommandent d'effectuer régulièrement un dépistage des comportements suicidaires chez les jeunes ainsi que des problèmes concomitants chez les personnes présentant des problèmes de consommation de SPA (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010). Ces deux points apparaissent pertinents en regard des présents résultats, car certains jeunes ayant des comportements suicidaires au cours du suivi ne bénéficient pas de services spécialisés en santé mentale.

Dans le cas des autres jeunes du GS qui rapportent des événements précipitant leurs comportements suicidaires, il est possible de suspecter que la présence d'impulsivité explique leur geste. Cette dernière serait, selon certains, liée à la fois à la toxicomanie et aux comportements suicidaires (Goldston, 2004; Goldston, Daniel & Arnold, 2006; Gossop, 2005). Dans leur cas, mais également pour les jeunes présentant des comportements suicidaires intermittents qui semblent liés à des difficultés psychologiques, le développement d'habiletés spécifiques de communication (Lane, Archambault,

Collins-Poulette, & Camirand, 2010), la gestion des émotions ou la résolution de problèmes (Cooper, Wood, Orcutt, & Albino, 2003; Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010) pourraient constituer des objectifs thérapeutiques. Ces pistes d'interventions s'avèrent pertinentes considérant que la consommation de SPA peut être utilisée par certains jeunes à des fins d'automédication (Bukstein & al., 1993; Gossop, 2005) ou comme stratégie d'adaptation afin d'éviter les sentiments désagréables (Cooper, Wood, Orcutt, & Albino, 2003).

Conclusion

Les connaissances scientifiques à propos du traitement des adolescents toxicomanes présentant des comportements suicidaires étant limitées, cette étude apporte une perspective intéressante sur les besoins spécifiques de ces adolescents. Les enjeux qu'ils vivent dans leurs relations interpersonnelles, la difficulté à rompre les liens avec leurs amis consommateurs ou à créer une alliance thérapeutique, pourraient s'avérer des pistes de recherche intéressantes.

Le processus de demande d'aide, autant pour les services en toxicomanie qu'en santé mentale, devrait être examiné vu la réticence de ces jeunes à demander de l'aide. De plus, une étude qualitative plus large ciblant spécifiquement le processus de rétablissement des adolescents toxicomanes suicidaires en

traitement pourrait inclure et tenir davantage compte de variables stratégiques telles que le genre, la modalité de traitement, l'âge ou le type de comportements suicidaires. Ce type d'étude permettrait également de dresser des trajectoires types de ces jeunes selon qu'ils connaissent une évolution favorable ou non.

Références

- American Society in Addiction Medicine. (2007). *ASAM Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, Second Edition-Revised*. Chevy Chase, MD : American Society in Addiction Medicine.
- Anderson, D.J., McGovern, J.P., & DuPont, R.L. (1999). The origins of the Minnesota Model of addiction treatment—A first person account. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 107-114.
- Arria, A.M., O'Grady, K.E., Caldeira, K.M., Vincent, K.B., Wilcox, H.C., & Wish, E.D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246.
- Barrett Waldron, H., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 802-813.
- Battjes, R.J., Gordon, M.S., O'Grady, K. E., & Kinlock, T.W. (2004). Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 29(5), 1021-1027.
- Becker, S.J., & Curry, J.F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 531-543.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie* (2e éd.). Paris : Colin.

- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).
- Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A., & Ledoux, C. (2009). *Étude évaluative auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (partie 1) : suivis trois mois et six mois*. Québec : Rapport final remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., & Plourde, C. (2004). *Synthèse de l'évaluation du programme jeunesse. Recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Domrémy MCQ.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bukstein, O.G., Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., & al. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 403-408.
- Cavaola, A.A., & Lavender, N. (1999). Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence*, 34(136), 735-744.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238-258.
- Conason, A.H., Oquendo, M.A., & Sher, L. (2006). Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 9-13.
- Cooper, M.L., Wood, P.K., Orcutt, H.K., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390-410.

- Cosgrave, E., Killackey, E., Yung, A., Buckby, J., Godfrey, K., Stanford, C., & al. (2004). Depression, substance use and suicidality in help-seeking adolescents: A survey of prevalence. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 14(2), 162-175.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Desrosiers, P., Ménard, J.-M., Tremblay, J., Bertrand, K., & Landry, M. (2012). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide de pratique et offre de services de base*. Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Diamond, G.S., Liddle, H.A., Wintersteen, M.B., Dennis, M.L., Godley, S.H., & Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl 1), 26-33.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113-120.
- Erinoff, L., Anthony, J.C., Brown, G.K., Caine, E.D., Conner, K.R., Dougherty, D.M., & al. (2004). Overview of workshop on drug abuse and suicidal behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl 7), S3-S9.
- Esposito-Smythers, C., & Goldston, D.B. (2008). Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior. *Substance Abuse*, 29(2), 5-17.
- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28(5 Suppl), 77S-88S.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C.W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728-739.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R., & LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: Development and pilot testing. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl1), 126-130.

- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques* (2 éd.). Paris : A. Colin.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Giorgi, A., & Gallegos, N. (2005). Living through some positive experiences of psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 36(2), 195-218.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2008). Phenomenology. Dans J. A. Smith (dir.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2e éd., p. 26-52). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Goldston, D.B. (2004). Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl 7), S79-S91.
- Goldston, D.B., Daniel, S.S., & Arnold, E.M. (2006). Suicidal and nonsuicidal self-harm behaviors. Dans D. A. Wolfe et E. J. Mash (dir.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, assessment, and treatment* (p. 343-380). New York, NY, US : Guilford Publications.
- Gossop, M. (2005). Alcohol in suicide attempts and completions. *Psychiatric Annals*, 35(6), 513-521.
- Kaminer, Y., Burleson, J.A., Goldston, D.B., & Burke, R.H. (2006). Suicidal ideation among adolescents with alcohol use disorders during treatment and aftercare. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl 1), 43-49.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J.B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 15-28.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie*, 24(1), 7-13.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques* (2 éd.). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Macgowan, M.J., & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 527-545.
- Mann, J., Brent, D., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: A focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24(5), 467-477.
- Mann, J., Oquendo, M., Underwood, M., & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl 2), 7-11.
- McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 141-144.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, second edition*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Miller, D.N., & Eckert, T.L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review*, 38(2), 153-167.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : InterÉditions.
- Mishara, B., & Tousignant, M. (2004). Comprendre le suicide. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., & al. (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.
- Morgan, M. (2000). Ecstasy (MDMA): A review of its persistent psychological effects. *Psychopharmacology*, 152, 230-248.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.

- Muehlenkamp, J.J., Ertelt, T. W., & Azure, J. A. (2008). Treating outpatient suicidal adolescents: Guidelines from the empirical literature. *Journal of Mental Health Counseling, 30*(2), 105-120.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ramchand, R., Griffin, B.A., Harris, K.M., McCaffrey, D.F., & Morral, A. (2008). A prospective investigation of suicide ideation, attempt, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 524-532.
- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., John, U., Meyer, C., & Rumpf, H.-J. (2008). Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol and Alcoholism, 43*(3), 334-340.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research, 14*(1), 66-78.
- Rossow, I., Romelsjo, A., & Leifman, H.K. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction, 94*(8), 1199-1207.
- Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Stulman, D.A., Joiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 179-190.
- Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions*. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment.
- Santé Canada. (2001). *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Santé Canada.

- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada.
- Schilling, E.A., Aseltine, R.H. Jr., Glanovsky, J.L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health, 44*(4), 335-341.
- Schrijvers, D.L., Bollen, J., & Sabbe, B.G.C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 138*(1), 19-26.
- Tetzlaff, B.T., Kahn, J.H., Godley, S.H., Godley, M.D., Diamond, G.S., & Funk, R.R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(2), 199-207.
- Valdez, A., & Sifaneck, S.J. (2010). Qualitative methodological issues in drug user research. *Substance Use & Misuse, 45*(5), 645-647.
- Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1181-1183.
- Wagner, B.M., Cole, R.E., & Schwartzman, P. (1996). Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 300-307.
- Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., & Kadden, R. (2002). *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment
- Winters, K.C., Stinchfield, R., Latimer, W.W., & Lee, S. (2007). Long-term outcome of substance-dependent youth following 12-step treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(1), 61-69.
- Zerler, H. (2008). Motivational interviewing and suicidality. Dans H. Arkowirz, H.A. Westra, W.R. Miller & S. Rollnick (dir.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guildford Press.

Tableau 6

Description sociodémographique des deux sous-groupes

	Groupe Suicidaire n = 8	Groupe de comparaison n = 19
Âge	15,2	15,7
Genre		
Masculin	2	13
Féminin	6	6
Centre de provenance		
Externe	4	10
Résidentiel	4	9
Scolarité complétée		
Primaire	1	1
Premier cycle du secondaire	6	12
Deuxième cycle du secondaire	0	2
Cheminement particulier	0	2
Où réside avant traitement		
Famille	5	14
Centre de réadaptation ou famille d'accueil	3	5
Structure familiale		
2 parents	3	8
1 parent	4	3
Famille reconstituée	1	8

Tableau 7

Grille d'entrevue

Questions	Thèmes
1. Qu'est-ce que tu as vécu comme changement au cours des six derniers mois? (Au besoin, utiliser une ligne du temps pour les 6 derniers mois en y ajoutant des événements de vie comme repères pour faciliter le rappel.) Comment expliques-tu ces changements? Depuis ton inscription dans les services externes (ou résidentiels), comment ta consommation d'alcool et de drogues a-t-elle changé? Comment expliques-tu que ta consommation a diminué (ou a augmenté ou n'a pas changé)? Selon toi, quel(s) rôle(s) la thérapie a-t-elle joué sur ces changements?	Changement -Consommation -Autres sphères IGT
2. Peux-tu me parler de ce qui s'est passé pour que tu viennes consulter au centre externe (ou résidentiel)? - Qui a demandé de l'aide (Toi? Tes parents? Obligation légale?) - Qu'est-ce qui a fait en sorte que tu sois en traitement? - Que s'est-il passé? (Déclencheurs?) Comment as-tu vécu cette demande de services? Qu'en pensais-tu? Comment te sentais-tu?	Services -Déclencheur
3. Depuis ton inscription au centre externe (ou résidentiel), quels sont les types de services que tu as reçus (intervention de groupe, individuelle, familiale)? Parle-moi de ces services, comment les as-tu vécus?	

Tableau 7

Grille d'entrevue (suite)

4. Qu'est-ce que tu voulais changer ou ne pas changer au niveau de ta consommation en arrivant au centre externe (ou résidentiel)? Comment cela a-t-il changé en cours de route? Qu'est-ce qui a fait en sorte que tes objectifs ont changé ou qu'ils sont demeurés les mêmes? Comment était la relation avec ton intervenant? Dans quelle mesure as-tu atteint tes objectifs? Étais-tu motivé? Qu'est-ce qui t'a aidé? Quels obstacles as-tu rencontrés?	Services - Objectifs - Éléments favorables - Obstacles
5. Comment envisages-tu ton avenir ou ton futur?	-Avenir -Consommation -Autres sphères IGT
6. Qu'est-ce que je devrais retenir de tout ce que tu viens de me dire? (faire notre propre synthèse ensuite)	
7. Comment as-tu trouvé l'entrevue?	

Chapitre V

Discussion

L'objectif de cette thèse est de décrire et de mieux comprendre, de façon multidimensionnelle, le processus de rétablissement d'adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires. Le volet quantitatif consiste en une étude longitudinale menée en milieu naturel, alors que le volet qualitatif comprend des entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés et s'appuie sur une perspective phénoménologique.

Les résultats obtenus ont permis la rédaction de deux articles. Le premier article vise à comparer de manière quantitative l'évolution d'adolescents en traitement de la toxicomanie, concernant la gravité des problèmes de consommation de SPA et des problèmes associés dans diverses autres sphères biopsychosociales, selon qu'ils présentent ou non des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement. Le volet qualitatif, qui a pour objectif de documenter en profondeur l'expérience pluridimensionnelle des adolescents qui présentent des comportements suicidaires en ce qui concerne leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant l'admission en traitement, est l'objet du second article. Dans le but de mieux comprendre les particularités de leur expérience, celle-ci a été mise en contraste avec celle d'adolescents en traitement de la toxicomanie ne rapportant pas de tels comportements.

Cette discussion générale débutera par l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs et leur discussion. Les aspects liés à la consommation de SPA seront premièrement présentés. La discussion des constats en lien avec les comportements suicidaires et les difficultés psychologiques précédera celle des résultats concernant les relations interpersonnelles et familiales. Par la suite, les apports ainsi que les limites de cette thèse seront exposés. Cette section se terminera par les retombées cliniques et les recommandations émanant de l'intégration des principaux résultats ainsi que par les pistes de recherche pour le futur.

Intégration des principaux résultats et discussion générale

Les données présentées dans les deux articles découlant de cette thèse permettent de dégager certaines conclusions concernant le rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires. L'évolution de la consommation de SPA étant un des principaux objectifs de cette thèse et des centres de traitement de la toxicomanie, cet aspect sera d'abord présenté. Par la suite, la persistance des difficultés psychologiques, l'aide reçue dans ce domaine, ainsi que les constats portant sur les comportements suicidaires seront exposés, car ces dimensions peuvent être associées à la double problématique présentée par le sous-groupe cible. Dans cette thèse, le processus de rétablissement étant conceptualisé de façon multidimensionnelle, les autres dimensions, comme les relations interpersonnelles et familiales seront finalement discutées.

Évolution de la consommation de SPA et perceptions des changements

Un premier élément qui se dégage des résultats de cette thèse est l'amélioration des jeunes du GS sur le plan de la consommation de drogues. En effet, le volet quantitatif de cette thèse montre que, malgré la présence de problèmes plus graves que les adolescents du GC sur le plan de leur consommation de SPA lors de l'admission en traitement, les jeunes du GS s'améliorent jusqu'à présenter un niveau de problème similaire au GC dès le suivi de trois mois. À notre connaissance, aucune étude auprès des adolescents en traitement de la toxicomanie ne compare l'évolution des jeunes présentant des comportements suicidaires à ceux qui ne rapportent pas de tels comportements. Les études d'Esposito-Smythers et ses collègues (Esposito-Smythers et al., 2011; Esposito-Smythers et al., 2006) portant sur les adolescents présentant la double problématique montrent des améliorations sur le plan des problèmes de consommation, mais aucune comparaison n'est effectuée avec des adolescents présentant uniquement un problème de consommation de SPA. Chez des adultes en traitement de la toxicomanie, ceux ayant fait une tentative de suicide récente obtenant des services résidentiels rapportaient une consommation d'alcool et de drogues moins grave au suivi de six mois que ceux ne présentant pas de comportements suicidaires recevant le même type de traitement (Ilgen et al., 2005).

Les études portant sur les adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des troubles concomitants offrent des résultats plutôt contradictoires sur l'évolution de leur consommation, comme le montre la recension réalisée par Bender et ses

collègues (2006). Certaines études recensées montrent une réduction de la consommation de SPA chez ces jeunes (Jenson & Potter, 2003), mais qui reste parfois supérieure à celle des jeunes sans troubles concomitants (Grella, Hser, Joshi, & Rounds-Bryant, 2001; Shane, Jasiukaitis, & Green, 2003; Tomlinson, Brown, & Abrantes, 2004; Winters, Stinchfield, Latimer, & Stone, 2008), alors que d'autres constatent un maintien de la consommation (Crowley, Mikulich, MacDonald, Young, & Zerbe, 1998; Rowe et al., 2004; Whitmore, Mikulich, Ehlers, & Crowley, 2000). Ces résultats contradictoires pourraient en partie être expliqués par le fait que les problématiques de santé mentale incluses dans ces études sont aussi variées que les traitements étudiés et que les délais pour évaluer les résultats oscillent entre trois mois et cinq ans et demi.

Les jeunes rencontrés dans le cadre du volet qualitatif constatent également la réduction de leur consommation depuis leur entrée en traitement, ce qu'ils attribuent en partie aux services reçus. Cependant, dans certains cas, cette diminution n'est pas uniquement liée au traitement, et ce, tant pour les jeunes du GC que du GS. Les autres éléments nommés qui expliquent la réduction de la consommation sont un placement en centre jeunesse qui restreint l'accès aux SPA, une modification du réseau social ou la présence dans leur entourage d'un modèle négatif qui subit les conséquences de sa consommation de SPA, ce qui les dissuade de reprendre ou d'augmenter leur consommation. Brunelle et collègues (Brunelle et al., 2000; Brunelle et al., 2002a; Brunelle et al., 2002b, 2005) ont également constaté que des facteurs non liés au traitement, comme des événements particuliers ou l'influence positive de l'entourage

étaient liés à une réduction de la consommation de SPA des jeunes interviewés. L'influence positive des pairs ou le soutien offert par ceux-ci au cours du processus de rétablissement sont également montrés par d'autres études (Passetti, Godley, & White, 2008; Ramirez, Hinman, Sterling, Weisner, & Campbell, 2012) De plus, comme cela est parfois le cas dans la rémission naturelle (Acier et al., 2008), il est possible que des facteurs comme la survenue d'événements négatifs ou les conséquences de la consommation amènent certains jeunes à réduire ou cesser leur consommation.

Sur le plan de la consommation d'alcool, d'un point de vue quantitatif, celle-ci demeure significativement plus élevée à tous les temps de mesure pour les jeunes du GS par rapport à ceux du GC. Deux études américaines documentent auprès d'une clientèle similaire une réduction de la consommation d'alcool (Esposito-Smythers et al., 2011; Esposito-Smythers et al., 2006) à l'aide d'un traitement intégré ciblant les problèmes de consommation et les comportements suicidaires. L'une d'elles obtient également une réduction de la consommation de cannabis, n'évaluant pas les autres substances (Esposito-Smythers et al., 2011). Malgré que la consommation d'alcool ne soit pas nécessairement la substance la plus problématique, le fait que la sévérité de la consommation d'alcool reste plus élevée pour le GS est préoccupant. La détresse vécue pourrait être amplifiée par l'effet dépressur de cette substance sur le système nerveux central (Gossop, 2005), mais un passage à l'acte suicidaire impulsif pourrait aussi être précipité par son effet de désinhibition (Gossop, 2005; Rossow et al., 1999; Schilling et al., 2009). Dans les circonstances, il serait pertinent de s'intéresser à l'évaluation en

profondeur de la consommation d'alcool, des motifs et des contextes reliés à celle-ci chez ces jeunes, par exemple s'il s'agit d'un épisode de consommation excessive plutôt que d'une consommation sociale non problématique, afin de réduire les risques de passage à l'acte suicidaire qui y sont associés.

Un autre constat spécifique de cette thèse qui mérite d'être discuté plus amplement puisqu'il s'avère pertinent cliniquement est le vécu de la rechute par les jeunes du GS. Bien qu'au départ les jeunes du GS ne visaient pas l'arrêt complet de la consommation lors de l'entrée en traitement, ils vivent la rechute plus difficilement que ceux du GC. Lors de leur admission en traitement, les jeunes du GS minimisent leurs problèmes de consommation en souhaitant cesser de consommer que certaines substances ou contrôler leur consommation. Une étude montre que les adolescents en traitement de la toxicomanie dans des centres résidentiels demeurent ambivalents face à l'atteinte ou au maintien de l'abstinence, même après plusieurs semaines de traitement (Wei et al., 2011). Chez les jeunes présentant des troubles concomitants, ceux qui considèrent comme non problématique l'utilisation de certaines SPA en début de traitement sont ceux qui rechutent le plus tôt après le traitement (Ramo, Anderson, Tate, & Brown, 2005), ce qui est similaire à ce qui est rapporté par les jeunes du GS lors du volet qualitatif.

Toutefois, l'objectif de départ des jeunes du GS semble se modifier en cours de traitement, considérant la déception qu'ils vivent après la rechute et le fait qu'ils

n'arrivent pas à être à nouveau abstinentes. Quelques hypothèses peuvent expliquer cette modification de l'objectif et la différence de vécu. La plupart des jeunes du GS proviennent des centres résidentiels, qui ont pour objectif principal l'atteinte de l'abstinence. Il est donc possible que les adolescents modifient leur objectif en lien avec leur consommation en cours de traitement et qu'ils soient déçus de ne pas réussir à le maintenir. Une autre éventualité est que les jeunes se conforment à l'objectif prôné par les centres de traitement, même si cela va à l'encontre de leur objectif de départ, et sont déçus de ne pas rencontrer les attentes des centres. Une autre possibilité est que les jeunes du GS présentent antérieurement et ultérieurement au traitement des facteurs associés à des résultats thérapeutiques moins favorables (Chung & Maisto, 2006), par exemple, une consommation de SPA plus importante (Hser et al., 2001; Winters, Stinchfield, Opland, Weller, & Latimer, 2000) et des difficultés psychologiques plus sévères lors de l'admission en traitement (Babor et al., 2002; Rowe et al., 2004; Shane et al., 2003) ainsi qu'un maintien de la relation avec les pairs consommateurs après celui-ci (Giletta, Scholte, Prinstein, Engels, Rabaglietti, & Burk, 2012; Glaser, Shelton, & van den Bree, 2010; Winters et al., 2000). Dans ces circonstances, ils leur seraient donc plus difficiles de maintenir ou d'atteindre l'abstinence. De plus, l'estime de soi des jeunes présentant des comportements suicidaires étant souvent plus faible (Bridge et al., 2006), cela pourrait expliquer le vécu émotif plus difficile associé à la rechute.

La littérature scientifique étant très limitée à propos de la rechute des adolescents ayant vécu un épisode de traitement de la toxicomanie et présentant des comportements

suicidaires, celle concernant l'impact des troubles concomitants a été explorée. Selon la recension effectuée par Chung et Maisto (2006), les jeunes présentant des troubles concomitants seraient plus vulnérables à une rechute précoce, et celle-ci s'avère souvent plus sévère. Les adultes présentant des troubles concomitants forment une clientèle plus réfractaire au traitement (Donat & Haverkamp, 2004; Santé Canada, 2002a), et cela semble aussi se vérifier auprès des adolescents du GS qui ne souhaitent pas nécessairement cesser toute consommation. Toutefois, pour DiClemente, Nidecker et Bellack (2008), malgré les difficultés des personnes avec un trouble concomitant à s'engager dans le changement, à le maintenir à long terme, cela ne signifie pas qu'elles soient si différentes des autres personnes présentant un problème de toxicomanie, ni qu'elles ne possèdent pas les ressources afin de modifier leurs comportements.

Difficultés psychologiques, l'aide reçue et les comportements suicidaires

Un autre aspect mis en évidence par cette thèse est la persistance des difficultés sur le plan de la santé psychologique chez le GS. Malgré l'obtention de services en toxicomanie, la santé psychologique des jeunes du GS ne connaît pas d'amélioration. En effet, le volet quantitatif montre que la gravité des problèmes sur le plan de la santé psychologique se maintient, alors que le volet qualitatif montre une plus grande utilisation des services en lien avec la santé mentale. La persistance des difficultés psychologiques converge avec les résultats de l'étude d'Anderson et Gittler (2005) qui montrent que les jeunes présentant des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale qui ne recevaient que des services en santé mentale s'amélioreraient dans ce

domaine, mais ne connaissaient pas d'amélioration sur le plan de leur consommation de SPA. Inversement, ceux qui ne recevaient que des services en toxicomanie connaissaient une réduction de leurs problèmes de consommation, mais les difficultés en lien avec leur santé mentale persistaient (Anderson & Gittler, 2005).

Cependant, l'évolution de la santé mentale après le traitement de la toxicomanie chez les adolescents présentant des troubles concomitants a des résultats aussi mitigés que ceux en rapport avec la consommation de SPA. Certaines études constatent des améliorations sur le plan de la santé mentale (Henderson, Dakof, Greenbaum, & Liddle, 2010; Jenson & Potter, 2003; Najavits, Gallop, & Weiss, 2006; Rogers, Jackson, Sewell, & Johansen, 2004), alors que d'autres ne trouvent pas de différence (Azrin, Donohue, Teichner, Crum, Howell, & DeCato, 2001; Clingempeel, Britt, & Henggeler, 2008), même lorsque l'intervention cible spécifiquement le traitement du problème de consommation et des comportements suicidaires (Spirito, Mehlenbeck, et al., 2003).

Par ailleurs, dans le volet qualitatif, une proportion importante du groupe restreint des jeunes du GS rapportent l'utilisation de services en lien avec leur santé mentale, peu avant leur entrée en traitement ou au cours de leur processus de rétablissement, que cela soit des hospitalisations en psychiatrie ou des services offerts par les éducateurs de centres jeunesse. D'une part, il est rassurant de constater que ces jeunes utilisent des services en santé mentale, car certaines études montrent que seulement entre 7 et 27 % des jeunes s'étant suicidés ont utilisé des services en santé mentale dans les mois

précédant leur geste (Portzky et al., 2009; Shaffer et al., 1996). D'autre part, il est préoccupant de constater que cette aide semble surtout ponctuelle et n'est pas nécessairement recherchée après des comportements suicidaires. Les études portant sur les adolescents présentant des comportements suicidaires montrent une faible rétention en traitement chez cette clientèle (Piacentini et al., 1995; Trautman et al., 1993). Donc, il est possible de supposer que l'aide n'ait été que ponctuelle pour certains des adolescents qui ont participé à ce volet de l'étude, car ceux-ci n'ont pas persisté dans les services. Par ailleurs, le fait qu'ils ne recherchent pas d'aide après des comportements suicidaires n'est pas différent de ce qui est vu dans d'autres études où les jeunes ne parlent pas de leur détresse psychologique à un professionnel (Cigularov, Chen, Thurber, & Stallones, 2008; Curtis, 2010; Michelmore & Hindley, 2012). Les raisons identifiées par ces études expliquant que ces jeunes ne demandent pas d'aide formelle sont : la crainte de ne pas savoir comment exprimer leurs problèmes, d'être hospitalisés (Cigularov et al., 2008) ou d'être jugés (Curtis, 2010).

Un autre point en lien avec le recours à de l'aide est que les adolescents du GS semblent plus enclins à utiliser l'aide informelle, provenant de leur famille ou de leurs amis, que l'aide formelle lorsqu'ils vivent des difficultés sur le plan psychologique. Une recension d'écrits portant sur la recherche d'aide chez les jeunes présentant des comportements suicidaires montre le recours fréquent à l'aide informelle lorsque ces comportements se manifestent (Michelmore & Hindley, 2012). Néanmoins, l'utilisation du réseau d'aide informelle est plutôt commune chez tous les adolescents (Raviv, Sills,

Raviv, & Wilansky, 2000), celle-ci s'avérant moins stigmatisante que l'aide formelle. La peur d'être stigmatisé retient plusieurs personnes d'aller chercher de l'aide (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; Curtis, 2010), tout comme la croyance de pouvoir faire face seul à ses difficultés (Cigularov et al., 2008; Curtis, 2010; Gould et al., 2004; Michelmore & Hindley, 2012; Raviv, Raviv, Vago-Gefen, & Fink, 2009; Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005). Malgré que les jeunes du GS aient obtenu de l'aide formelle afin de réduire ou cesser leur consommation de SPA, ils ne semblent pas concevoir que cela puisse également s'appliquer à leurs difficultés psychologiques. De plus, le volet qualitatif de notre thèse montre la difficulté des jeunes à établir une relation de confiance avec leur intervenant, et que pour certains, cela entrave la démarche de traitement. La sensibilisation de ces jeunes à la recherche d'aide, tant formelle que provenant d'un bon réseau de support social, est importante puisqu'il s'agit d'un facteur favorisant une bonne santé mentale (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012).

Sur le plan de la persistance des comportements suicidaires, le volet quantitatif montre que les jeunes du GS en rapportent significativement davantage que ceux du GC au cours des six mois de suivi du projet. Quelques jeunes rencontrés dans le cadre du volet qualitatif nomment avoir eu des comportements suicidaires de façon intermittente. Il semble donc y avoir une récurrence des comportements suicidaires chez certains jeunes. Peu d'études portent sur la récurrence des comportements suicidaires chez les adolescents (Kerr, Owen, & Capaldi, 2008). Tout de même, il a été montré que les

jeunes présentant des idéations suicidaires à 15 ans rapportent davantage d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide et de problèmes de santé mentale à l'âge adulte que ceux qui n'en rapportaient pas à l'adolescence (Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee, & Fitzmaurice, 2006). La persistance des comportements est importante à considérer, car les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont deux facteurs de risque de suicide (Bridge et al., 2006), surtout lorsqu'elles se retrouvent chez des jeunes présentant une consommation de SPA pouvant précipiter un passage à l'acte suicidaire (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005; Rossow et al., 1999; Schilling et al., 2009).

Toujours en lien avec les comportements suicidaires, il ressort qu'une faible proportion des adolescents du GC rapporte également des comportements suicidaires lors des suivis, et certains en avaient eu au cours de leur vie, en excluant les 30 jours avant leur admission en traitement. Donc, tout comme ceux du GS, ces jeunes seraient à risque de comportements suicidaires ou de problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Différentes hypothèses peuvent être soulevées pour expliquer la présence de comportements suicidaires chez une partie du GC. Il est possible de soupçonner que les comportements suicidaires et les problèmes de consommation de SPA aient des facteurs de risque communs qui augmentent le risque suicidaire (Bukstein et al., 1993; Rossow et al., 1999), que ces jeunes traitent une détresse à l'aide de SPA (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005) ou que la présence d'un problème de consommation de SPA soit un facteur de risque de suicide (Bridge et al., 2006). De plus, certains auteurs émettent l'hypothèse que le traitement pourrait contribuer à la persistance des difficultés

psychologiques ou à l'augmentation de celle-ci. En effet, les prises de conscience faites en traitement ou l'éloignement de leur famille lors d'un traitement résidentiel peuvent augmenter l'anxiété ou même la détresse au moins temporairement (Brunelle, Plourde, Gendron, Cordeau, & Piché, 2006). La pression au changement ressentie lors de l'entrée en traitement (Bertrand et al., 2009) pourrait aussi expliquer la présence de comportements suicidaires durant le traitement (Bertrand et al., 2009) pour certains jeunes du groupe de comparaison.

Ramchand et ses collègues (2008) mettent eux aussi en évidence la présence de comportements suicidaires dans l'année précédant et dans l'année suivant l'entrée en traitement chez les jeunes en traitement de la toxicomanie. Parmi les 948 jeunes de leur échantillon, 24 % rapportent des idéations suicidaires, et 10 % une tentative de suicide dans l'année précédant leur entrée en traitement, alors que 30 % indiquent avoir eu des idées suicidaires, et 12 % avoir fait une tentative de suicide dans l'année suivant leur entrée en traitement. Ces résultats montrent donc qu'il faut être vigilant face à la présence de comportements suicidaires chez tous les jeunes bénéficiant d'un traitement de la toxicomanie avant et pendant le traitement. De plus, la persistance des comportements suicidaires et leurs conséquences à long terme montrent l'importance de s'attarder à la crise suicidaire ainsi qu'aux problématiques sous-jacentes (Kerr et al., 2008).

Par ailleurs, le volet qualitatif documente également le contexte dans lequel les comportements suicidaires se sont manifestés. Une partie des adolescents décrivent la présence de plusieurs événements difficiles pour eux se déroulant en peu de temps, ceux-ci caractérisant les périodes marquées par des comportements suicidaires. Selon certaines études, c'est entre 40 et 70 % des comportements suicidaires qui surviennent dans un tel contexte (Gispert, Wheeler, Marsh, & Davis, 1985; Hill, Pettit, Green, Morgan, & Schatte, 2012; Marttunen, Aro, & Lönnqvist, 1993; Vitiello, Silva, Rohde, Kratochvil, Kennard, & Reinecke, 2009). Les autres jeunes abordent plutôt la présence de comportements suicidaires intermittents associés à une souffrance psychologique, constat également retrouvé dans d'autres études (Arria et al., 2009; Cavaola & Lavender, 1999; Cosgrave et al., 2004; Wagner et al., 1996).

Relations interpersonnelles et familiales

Malgré le recours privilégié aux amis lors de difficultés psychologiques pour certains jeunes du GS, plusieurs rapportent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles. Le volet quantitatif de ce projet montre que lors de leur admission en traitement les jeunes du GS rapportent davantage de difficultés à garder leurs amis. Ils se sentent plus souvent isolés ou seuls que ceux du GC. De plus, lors des trois temps de mesure, les jeunes de ce sous-groupe rapportent significativement plus de difficultés dans leurs relations interpersonnelles que ceux du GC. Au cours des entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés, les jeunes du GS disent avoir éprouvé des difficultés à rompre les liens avec leurs amis consommateurs, s'être sentis nostalgiques de ces

relations et seuls, alors que cela est peu rapporté par ceux du GC. L'isolement social, rapporté par certains jeunes du GS, est un facteur associé aux comportements suicidaires, les jeunes ayant un réseau social supportant présentant généralement moins de comportements suicidaires (Braush & Gutierrez, 2010; Hirsh & Barton, 2011; Rutter & Behrendt, 2004).

En outre, le réseau social a un impact important sur l'initiation à la consommation de SPA (Ali & Dwyer, 2010; Fujimoto & Valente, 2012; Mason, Hitchings, McMahon, & Spoth, 2007; Zimmerman & Vasquez, 2011), influence l'évolution de la consommation de SPA (Giletta et al., 2012; Glaser et al., 2010) et l'atteinte de l'abstinence (Grella et al., 2004; Jainchill, Hawke, De Leon, & Yagelka, 2000). Une étude montre que les jeunes présentant des troubles concomitants sont plus à risque de rechute s'ils maintiennent les liens avec leurs amis consommateurs (Ramo et al., 2005). Les relations interpersonnelles sont donc une variable importante à considérer chez les adolescents en traitement de la toxicomanie en général, encore plus avec ceux présentant des comportements suicidaires. Les résultats obtenus montrent une persistance des difficultés dans les relations avec les pairs chez les jeunes du GS. De plus, il est montré que les jeunes présentant la double problématique auraient peu de pairs non consommateurs ou soutenant (Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Donc, la rupture avec les pairs déviants les laisse seuls et avec des difficultés à s'intégrer dans un nouveau réseau social, ajoutant ainsi des facteurs de risque de suicide.

Sur le plan des relations familiales, les résultats montrent que le GS connaît une amélioration quantitative et qualitative de leurs relations familiales, même si sur le plan quantitatif, le GC présente un degré de difficultés moindre dans cette sphère. Il est possible que les jeunes du GS maintiennent un niveau de problématique supérieur à ceux du GC dans ce domaine, car il y a un maintien de leurs difficultés psychologiques et des comportements suicidaires. Certaines études montrent que les conflits sont nombreux dans les familles des jeunes présentant la double problématique (Brent, Perper, et al., 1994; Esposito-Smythers & Goldston, 2008). Néanmoins, l'intégration d'un volet familial dans un traitement de la toxicomanie permet l'amélioration des relations familiales, et ce, que les jeunes présentent ou non un trouble concomitant à leurs problèmes de consommation de SPA, comme le montrent quelques recensions des écrits (Hogue & Liddle, 2009; Ozechowski & Liddle, 2000). L'amélioration de cette sphère chez le GS est intéressante à constater, considérant que les mésententes familiales s'avèrent un facteur de risque de suicide (Bridge et al., 2006).

Apports

Cette étude s'avère pertinente considérant la littérature limitée dans le domaine du processus de rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires. En outre, il est important de documenter la situation québécoise dans ce domaine, considérant que l'offre de services du Québec diffère de la réalité américaine, puisque l'offre de services est majoritairement publique (Bertrand et al., 2006) plutôt que privée (Hawkins, 2009). De plus, elle s'avère d'autant plus justifiée

que certaines études sur le traitement de la toxicomanie excluent les jeunes présentant des comportements suicidaires (Barrett Waldron et al., 2001; Kaminer et al., 2006; Monti et al., 1999), et inversement, certaines études sur les jeunes présentant des comportements suicidaires excluent ceux qui présentent une toxicomanie (Fleischhaker, Böhme, Sixt, Brück, Schneider, & Schulz, 2011; Rudd, Rajab, Orman, Stulman, Joiner, & Dixon, 1996), ce qui limite les possibilités de comprendre le processus de rétablissement des adolescents présentant cette double problématique. En outre, les adolescents étaient recrutés lors de leur admission en traitement de la toxicomanie plutôt que lors d'une admission en psychiatrie pour des comportements suicidaires comme cela a été fait dans d'autres études sur le même sujet (Esposito-Smythers et al., 2011; Esposito-Smythers et al., 2006).

Une force de ce projet est la considération des comportements suicidaires au cours d'un traitement de la toxicomanie, tel que suggéré par le groupe de travail « Drug Abuse and Suicidal Behavior » du *National Institute on Drug Abuse* (Erinoff et al., 2004). En outre, la vérification des comportements suicidaires à chacun des temps de mesure est également un apport important considérant le manque de données longitudinales sur la récurrence des comportements suicidaires (Kerr et al., 2008). Les études longitudinales portant sur les adolescents présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires sont importantes auprès d'une clientèle aussi complexe et peu étudiée afin d'identifier de quelle manière ces dimensions interagissent entre elles, de décrire leur évolution dans le temps, mais

également les aspects les distinguant des jeunes ne présentant pas cette double problématique (Goldston, Daniel, Mathias, & Dougherty, 2008).

De surcroît, la combinaison des méthodologies quantitatives et qualitatives apporte une plus-value à cette thèse, car elle permet une meilleure compréhension du processus de rétablissement des personnes présentant une consommation problématique de SPA (Battjes et al., 1999; Stahler & Cohen, 2000) et des comportements suicidaires. L'utilisation d'une méthodologie mixte a permis de jumeler la profondeur des renseignements obtenus à l'aide des entretiens qualitatifs semi-structurés aux renseignements quantitatifs obtenus auprès du plus large échantillon (Creswell & Plano Clark, 2007) afin d'obtenir une compréhension plus fine et nuancée du processus de rétablissement des jeunes présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires.

Par ailleurs, une autre force de la méthodologie de ce projet de recherche est l'évaluation du processus de rétablissement de manière multidimensionnelle tel que suggéré par différents auteurs (Brown, 2004; Sussman et al., 2008). En effet, huit sphères de vie, soit la consommation d'alcool, celle de drogues, les problèmes de santé physique et psychologique, les relations familiales, interpersonnelles, la situation scolaire ainsi que la situation sociale et judiciaire ont été considérées en plus des comportements suicidaires. Enfin, ces éléments multidimensionnels ont été vérifiés à l'aide d'un devis longitudinal mixte en trois temps qui a permis de mesurer le

changement à la suite de l'admission en traitement des jeunes, à court et à moyen termes.

Limites

Cette thèse présente différentes limites qu'il est important de considérer afin de bien évaluer la portée des résultats obtenus. Les impacts associés au fait que cette thèse découle d'une plus large étude réalisée en milieu naturel seront premièrement discutés. Par la suite, les inconvénients associés à l'attrition ainsi qu'à la taille restreinte de l'échantillon seront présentés. Par la suite, la mesure des comportements suicidaires et des autres dimensions sera abordée. Pour terminer, les biais plus généraux seront exposés.

Le fait que cette thèse découle d'une étude plus large est une limite à ne pas négliger. L'impact de ce choix a surtout des répercussions sur la méthodologie de ce projet de recherche. Par exemple, il nous a été impossible de choisir les instruments utilisés et la manière dont les concepts sont mesurés (Greenhoot & Dowsett, 2012). Dans la présente situation, le choix des centres de provenance et de la taille de l'échantillon avait été effectué au préalable. En outre, il n'était pas possible d'inclure un questionnaire plus spécifique permettant de mesurer la problématique suicidaire plus en profondeur, de modifier la fenêtre temporelle choisie lors des suivis ou de modifier la grille d'entrevue afin que la problématique suicidaire soit systématiquement explorée. De plus, le volet qualitatif de la plus large étude visait l'atteinte de la saturation empirique pour le

concept de processus de rétablissement, il est donc possible que celle-ci n'ait pas été atteinte en ce qui concerne la santé psychologique, les comportements suicidaires ou l'évolution des relations familiales. Cependant, les analyses réalisées au cours de cette thèse ont permis de s'intéresser à une nouvelle question de recherche (Greenhoot & Dowsett, 2012; Hinds, Vogel, & Clarke-Steffen, 1997; Long-Sutehall, Sque, & Addington-Hall, 2011) peu explorée dans la littérature scientifique actuelle, soit le processus de rétablissement des adolescents présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires.

Une autre limite dont il faut tenir compte est le fait que la plus large étude se soit déroulée en milieu naturel. Cette contrainte fait en sorte qu'il était impossible de s'assurer de l'impact du type de traitement, car afin de pouvoir l'étudier, il aurait fallu procéder à une étude randomisée pour contrôler l'uniformité des services offerts. Aucune comparaison en fonction du centre de provenance des adolescents n'a donc été effectuée, car le fait que cette étude soit réalisée en milieu naturel empêchait de s'assurer de l'uniformité des services offerts, mais la taille restreinte de l'échantillon limitait aussi les analyses possibles. Cependant, les analyses effectuées visaient davantage à comprendre le processus de rétablissement des adolescents présentant un problème de consommation de SPA et des comportements suicidaires en les comparant à ceux présentant uniquement un problème de consommation de SPA plutôt qu'à démontrer l'efficacité d'un traitement ou de ses composantes particulières. De plus, des chercheurs n'ayant pas retrouvé de différences d'efficacité entre des programmes de traitement,

utilisant soit l'approche systémique, cognitive-comportementale ou l'entretien motivationnel, émettent deux hypothèses pour expliquer leurs résultats. La première est que des facteurs plus généraux au traitement, plutôt que l'approche en elle-même, expliqueraient ces résultats. La seconde possibilité est que les différentes approches utilisées partagent des composantes similaires influençant le processus de rétablissement (Dennis et al., 2004; Henderson et al., 2010). En ce qui concerne l'efficacité des traitements résidentiels comparativement à celle des traitements externes, les recensions d'écrits à ce sujet montrent des résultats variables, les deux types de traitement permettant une réduction de la consommation, mais pas nécessairement pour toutes les substances (Hser et al., 2001; Muck, Zempolich, Titus, Fishman, Godley, & Schwebel, 2001; Williams & Chang, 2000). Malgré les contraintes associées au fait que cette étude se soit déroulée en milieu naturel, il faut considérer le fait que cela a bonifié la validité écologique des résultats obtenus (Hser et al., 2001; Simpson et al., 2002), car les résultats proviennent des milieux de traitement déjà en place dans différentes régions du Québec plutôt que d'une situation expérimentale.

Une limite associée au devis longitudinal de la plus large étude est l'attrition des participants. La perte de participants pourrait avoir un impact sur les résultats obtenus, particulièrement sur le sous-groupe des adolescents présentant la double problématique, considérant qu'ils sont peu nombreux. Il est possible que cela ait fait en sorte qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée dans certaines sphères, en lien avec un manque de puissance statistique. Le taux de rétention obtenu dans cette étude, soit

75,1 % pour le suivi de trois mois et 63 % pour le suivi de six mois, est similaire à d'autres travaux portant sur le rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie, comme celle de Chan et ses collègues (2009) obtenant un taux de 74 % ou celle de Hser et ses collaborateurs (2001) qui ont recontacté 67,3 % de leurs participants, mais inférieur à celle de Burleson, Kaminer et Burke (2012) qui avaient des taux de rétention de 95 % pour les jeunes bénéficiant d'un suivi postcure, et de 76 % pour ceux qui n'en avaient pas. La rétention retrouvée au cours de ce projet est acceptable afin de s'assurer de la représentation des personnes qui étaient rencontrées au premier temps de mesure et de la généralisation des résultats (Festinger, Marlowe, Dugosh, Croft, & Arabia, 2008; Food and Drug Administration, 1999).

Quant à la taille de l'échantillon, celle-ci a plusieurs répercussions sur la présente thèse. Entre autres, les comportements suicidaires n'étant présents que chez une proportion restreinte des jeunes, les analyses statistiques ont été réalisées sur des groupes inégaux, car nous assumions que cela était le reflet de ce qui est retrouvé dans cette population (Tabachnick & Fidell, 2007). Toutefois, l'échantillon obtenu ici est similaire à celui rapporté par d'autres études en ce qui concerne les antécédents de comportements suicidaires ainsi qu'en ce qui concerne le profil de consommation de SPA (Bertrand, et al., 2004; Cavaola & Lavender, 1999; Ramchand, et al., 2008).

En outre, un échantillon plus large aurait permis de considérer l'influence de certaines covariables pouvant influencer le processus de rétablissement, comme le type

de services obtenus, le type de comportements suicidaires rapportés, le genre, ou le statut familial. L'impact potentiel de ces covariables est discuté subséquemment.

Tout d'abord, le fait que la plupart des adolescents du GS ont obtenu des services résidentiels et que les adolescents provenaient de deux centres différents pourraient avoir influencé les résultats obtenus. Par exemple, les jeunes du GS provenant majoritairement des centres résidentiels, qui ont un programme visant ultimement l'abstinence et qui offrent une intensité de services plus importante pourraient expliquer la diminution des problèmes de consommation de SPA à un niveau similaire de celui des jeunes du GC. De plus, dans le volet qualitatif, le fait que les jeunes du GS, qui n'avaient pas l'abstinence comme objectif de départ et qui vivent la rechute comme un événement décevant ou regrettable, reflète peut-être l'adoption de l'objectif préconisé par les centres de traitement résidentiels. Néanmoins, en considérant le mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie (Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec, 2011; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000) qui a pour objectif de s'assurer que l'intensité des services corresponde à la sévérité de la problématique présentée par l'adolescent et le fait que les adolescents du GS présentaient des problèmes biopsychosociaux plus graves lors de leur admission en traitement, il était attendu de retrouver davantage d'adolescents du GS dans le traitement résidentiel. De plus, tel que montré par Esposito-Smythers et Spirito (2004), les jeunes en traitement de la toxicomanie provenant des centres résidentiels rapportent davantage de comportements suicidaires que ceux provenant des centres externes.

Une autre contrainte liée à la taille de l'échantillon est le regroupement des jeunes ayant fait une tentative de suicide avec ceux n'ayant eu que des idéations suicidaires. Ce choix a été fait afin d'avoir suffisamment de jeunes dans le sous-groupe cible pour effectuer les analyses statistiques, mais également puisque la problématique du suicide peut être conçue comme un continuum (Miller & Eckert, 2009). Le continuum suicidaire est un concept théorique pour tenter d'expliquer un phénomène varié, subtil et large (Maris, Berman, & Silverman, 2000). Toutefois, celui-ci n'a pas encore été prouvé scientifiquement et il ne permet pas de rendre compte de toutes les facettes de ce phénomène, comme par exemple, que certaines personnes se suicideront sans avoir fait de tentative préalable ou le fait que généralement, statistiquement, plus de femmes font des tentatives de suicide, alors que les hommes sont davantage représentés dans les statistiques de suicide complété (Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2005). Il faut se rappeler que dans les plus récentes statistiques du Québec, cette différence homme-femme en ce qui concerne les tentatives de suicides n'est plus retrouvée (Nanhou et al., 2010). Il y a cependant quelques éléments qui appuient la pertinence de la conception de la problématique suicidaire sous la forme d'un continuum, par exemple les taux de suicides et de tentatives de suicide qui varient de manière simultanée ou la présence d'une tentative de suicide antérieure qui augmente le risque de suicide (INSERM, 2005).

Par ailleurs, le regroupement des adolescents rapportant des idéations suicidaires avec ceux ayant commis une tentative de suicide peut avoir créé un biais dans les

résultats obtenus sur le plan des difficultés psychologiques et des relations familiales. Plusieurs études identifient des différences entre les jeunes ayant fait une tentative de suicide et ceux ayant présenté que des idéations suicidaires (Fergusson & Lynskey, 1995; Spirito, Valeri, Boergers, & Donaldson, 2003; Tuisku et al., 2006; Wagner, Cole, & Schwartzman, 1995); les jeunes ayant fait des tentatives de suicide présentent souvent plus de facteurs de risque de suicide ou de stressseurs. Séguin, Lynch, Labelle et Gagnon (2004) recensent que ceux ayant commis une tentative de suicide rapportent plus de discorde familiale, de problèmes d'adaptation, de troubles psychiatriques, d'événements de vie négatifs, de stress quotidien, reçoivent moins de support de leur famille, ont davantage fugué, ne vivent pas avec leur parent biologique ou ont été blessé physiquement par leur parents. Toutefois, d'autres études n'identifient pas de différences entre les jeunes ayant commis des tentatives de suicide et ceux ayant eu des idéations suicidaires (Kosky, Silburn, & Zubrick, 1990; Séguin et al., 2004). Plus spécifiquement, une étude québécoise (Séguin et al., 2004) n'a pas réussi à trouver de différence entre les adolescents ayant des idéations suicidaires et ceux ayant commis une tentative de suicide sur le plan du fonctionnement familial, des relations parent-enfant, des symptômes dépressifs, des idéations suicidaires rapportées, de l'estime de soi ainsi que des croyances irrationnelles. Séguin et ses collègues (2004), soulignent qu'il est pertinent d'identifier les facteurs distinguant les adolescents qui ont des pensées suicidaires de ceux qui feront des tentatives de suicide, mais également de distinguer les adolescents suicidaires de ceux ne rapportant pas de tels comportements, ce qui a été fait dans la présente thèse. D'autant plus que les idéations suicidaires et l'historique de tentatives de

suicide sont deux concepts utiles afin d'évaluer le risque suicidaire et précèdent généralement le suicide, ce qui rend leur étude d'autant plus importante (Lewinsohn et al., 1996).

Dans le cas de la surreprésentation féminine dans le GS, tant dans le volet quantitatif que qualitatif, cela concorde avec ce qui est généralement retrouvé dans la littérature, soit que les comportements suicidaires sont plus fréquents chez les femmes (Miller & Eckert, 2009; Schrijvers et al., 2012). Cependant, cette différence n'est plus retrouvée dans les plus récentes statistiques québécoises portant sur la population générale (Nanhou et al., 2010). Néanmoins, la différence retrouvée dans le GS pourrait en partie expliquer les écarts observés sur le plan de la gravité des problèmes de consommation de SPA et psychologiques, puisque les adolescentes en traitement de la toxicomanie présentent souvent davantage de problèmes psychologiques que les adolescents et ont un historique de consommation plus lourd (Rounds-Bryant, Kristiansen, Fairbank, & Hubbard, 1998; Stevens, Estrada, Murphy, McKnight, & Tims, 2004; Tuchman, 2010).

Par ailleurs, le fait que les jeunes du GS soient plus nombreux à vivre en famille d'accueil ou en centre de réadaptation lors de leur admission comparativement au GC pourrait expliquer que ces jeunes rapportent des difficultés familiales plus importantes que ceux du GC lors des trois temps de mesure. Toutefois, les problèmes rencontrés dans cette sphère par le GS diminuent significativement dès le suivi de trois mois, ce qui

pourrait être expliqué par le volet familial inclus dans les deux traitements ou par la réduction des conflits liés à la consommation.

D'autre part, certaines limites de cette thèse sont liées à la mesure des comportements suicidaires. Notamment, les comportements suicidaires n'ont été évalués qu'à l'aide des deux questions à cet effet dans l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002). L'utilisation d'un questionnaire élaboré spécifiquement pour l'évaluation de cette problématique, tel que le *Suicidal Ideation Questionnaire* (Reynolds, 1988), qui est composé de 30 items, aurait permis de mieux décrire et caractériser le phénomène étudié. Cependant, une étude récente montre que l'utilisation d'un seul item afin de vérifier les idéations suicidaires chez des adultes ayant fait une tentative de suicide est une mesure aussi valable que les questionnaires auto-rapportés spécifiques à cette problématique afin d'évaluer les idéations suicidaires (Desseilles et al., 2012). Toutefois, cela reste à confirmer auprès des adolescents.

Une autre limite en lien avec la mesure des comportements suicidaires concerne le critère de temps utilisé afin de former le GS du volet quantitatif. Ce volet ciblait les jeunes qui rapportaient des comportements suicidaires dans les 30 jours précédant leur admission en traitement, car il était plus probable que ceux-ci aient vécu une crise suicidaire récente. Le choix de cette fenêtre temporelle a eu pour inconvénient que certains jeunes du GC présentaient des comportements suicidaires au cours de leur vie,

excluant les 30 jours avant leur admission en traitement et que ce groupe ne constituait donc pas un groupe « pur », sans aucun historique de comportements suicidaires.

Toutefois, l'utilisation des 30 derniers jours comme fenêtre temporelle permet de documenter les problématiques actuelles ou récentes (Landry et al., 2000; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980), et c'est la fenêtre temporelle suggérée par l'Organisation mondiale de la santé (2011) ainsi que par d'autres regroupements œuvrant à la prévention du suicide (Jacobs, 2007) pour évaluer les comportements suicidaires. Certains outils validés et reconnus, spécifiques aux comportements suicidaires, utilisent la même fenêtre temporelle, comme le *Suicidal Ideation Questionnaire* (Reynolds, 1988). Une étude auprès d'adultes en traitement de la toxicomanie utilise un critère semblable à celui utilisé dans la présente thèse, ciblant les tentatives de suicide récentes, soit celles survenues dans les 30 jours précédant l'admission en traitement (Ilgen et al., 2005; Ilgen, Tiet, & Moos, 2004).

Un échantillon plus large aurait permis de mener des analyses en créant un groupe de comparaison sans historique de comportements suicidaires, un groupe présentant des comportements suicidaires récents et un groupe présentant un historique à vie de comportements suicidaires sans comportements suicidaires récents. La présence de comportements suicidaires chez certains jeunes du GC peut avoir influencé les résultats obtenus, certains de ces jeunes manifestant aussi une récurrence des comportements suicidaires. Néanmoins, les multiples différences significatives retrouvées entre les deux

sous-groupes valident tout de même la pertinence de ce choix conceptuel, même si certaines disparités ont pu être atténuées ou non détectées.

Une limite potentielle de la thèse aurait été de ne pas bien distinguer les comportements suicidaires des comportements d'automutilation, ce qui constitue un des enjeux clinique et de recherche. Toutefois, l'IGT-ADO (Landry et al., 2002), qui était administré par des intervenants ou des agents de recherche formés à la passation de cet outil, distingue clairement l'automutilation des idéations suicidaires et des tentatives de suicide. Une recension récente des écrits concernant la prévalence de ces deux problématiques recommande de poursuivre la distinction entre les comportements suicidaires et les comportements d'automutilation afin d'avoir une compréhension plus fine et plus nuancée de ces deux phénomènes et de comment ils sont associés (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). D'ailleurs, des études menées auprès de jeunes avec un problème de consommation de SPA ou un autre trouble mental montrent que l'automutilation et les tentatives de suicide seraient des comportements distincts ne faisant pas partie du même continuum (Bolognini, Plancherel, Laget, Stephan, & Halfon, 2003; Fulwiler, Forbes, Santangelo, & Folstein, 1997). L'automutilation différerait des tentatives de suicide, car les blessures alors infligées ne mettraient pas la vie de l'individu en danger, auraient pour fonction d'aider la personne à gérer des émotions difficiles plutôt que de vouloir mettre fin à ses jours (Bolognini et al., 2003). Par ailleurs, il y aurait des différences dans le profil des personnes s'automutilant de celles commettant une tentative de suicide (Grøholt, Ekeberg, & Haldorsen, 2000).

Grøholt et ses collègues (2000) montrent que les jeunes hospitalisés pour des blessures auto-infligées sans intention de mourir sont impulsifs, dépassés par des problèmes situationnels, souhaitent obtenir de l'aide et sont optimistes face à l'avenir. Dans le cas des adolescents hospitalisés pour une tentative de suicide, ils sont déprimés, ont peu d'espoir face à l'avenir, sont seuls et n'expriment pas aussi clairement un désir d'obtenir de l'aide. Une autre étude a révélé que les adolescents suicidaires débutaient plus tardivement ces comportements que ceux ayant des comportements d'automutilation, choisissaient l'empoisonnement comme méthode de suicide et étaient davantage de sexe féminin (Ougrin, Zundel, Kyriakopoulos, Banarsee, Stahl, & Taylor, 2012). Toutefois, une étude n'identifie pas de différence entre les comportements d'automutilation et les comportements suicidaires chez des adolescents déprimés, même si les auteurs soulignent qu'il pourrait y avoir des différences subtiles entre ces jeunes (Tuisku et al., 2012).

En ce qui concerne la mesure des autres sphères biopsychosociales à l'aide de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002), le fait que seulement les 30 derniers jours soient évalués lors des suivis de trois et de six mois a pour conséquence qu'une partie de l'évolution des jeunes au cours de leur rétablissement n'a pu être couverte avec le volet quantitatif. Tout de même, dans le cas des jeunes ayant été rencontrés dans le cadre du volet qualitatif, l'information était obtenue en cours d'entrevue, car les entrevues ciblaient de façon rétrospective l'ensemble de la période de rétablissement couvrant le processus de la demande d'admission en traitement jusqu'à six mois après celle-ci.

Une autre limite en lien avec l'utilisation de l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002) est l'absence de seuil clinique défini associé aux scores composés, ce qui limite les possibilités de classification. Par exemple, il est impossible de savoir si le niveau de consommation atteint toujours un seuil de consommation jugé problématique ou si un trouble mental est présent ou non. Toutefois, cet instrument permet de documenter l'évolution des adolescents sur de multiples sphères de leur vie (Landry et al., 2000), ce qui était l'objectif visé.

D'autre part, il faut considérer la possibilité que les jeunes aient répondu de manière socialement acceptable, considérant le fait que l'*IGT-ADO* (Landry et al., 2002) est un entretien structuré et que le volet qualitatif était composé d'entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés (Hess, Senécal, & Vallerand, 2000). L'instauration d'un climat de confiance avec l'intervenant ou avec l'agent de recherche pouvait minimiser l'impact de ce biais. De plus, la passation d'entretien structuré ou semi-structuré permettait de s'assurer que les questions étaient bien comprises par les adolescents.

Par ailleurs, d'autres biais peuvent avoir influencé les résultats obtenus. Par exemple, il est possible que les données obtenues dans le volet quantitatif et le volet qualitatif soient inexactes parce qu'elles ont été recueillies de manière rétrospective, il pourrait y avoir un biais de mémoire (Myers & Hansen, 2007). Toutefois, la période de temps couverte était restreinte, ce qui limite l'impact de ce biais. Enfin, les adolescents ayant participé à ce projet de recherche peuvent différer de ceux ayant refusé de le faire

(Myers & Hansen, 2007), et cela peut affecter la généralisation des résultats. Il est difficile de connaître le profil des personnes refusant de participer et de le comparer à celui de ceux qui s'impliquent. Des auteurs montrent que le refus de participer à une étude épidémiologique concernant la santé mentale est lié à un plus faible statut économique, de moins bonnes performances scolaires et des parents sans emploi (Pérez, Ezpeleta, & Domenech, 2007). Il est possible que les adolescents ayant refusé de participer à ce projet de recherche aient présenté un profil biopsychosocial plus grave, mais il est impossible de le démontrer.

Retombées cliniques – recommandations

Le traitement des jeunes présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires représente un défi, car ces jeunes sont à risque de passage à l'acte suicidaire. Nos résultats permettent de formuler certaines recommandations, qui sont également appuyées par quelques études réalisées avec cette clientèle ou celle présentant des troubles concomitants et par des consensus d'experts.

Le présent projet ne visait pas le dépistage formel de la présence d'un problème de santé mentale chez les jeunes rencontrés. Toutefois, les résultats obtenus montrent une persistance des difficultés sur le plan de la santé psychologique et la présence de comportements suicidaires intermittents associée à une souffrance psychologique non précisée. Considérant la recommandation de Mann (2003) visant à s'assurer qu'il y ait un traitement pour les problèmes concomitants chez les adolescents présentant la double

problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires, il nous semble aussi important de recommander la détection systématique des problèmes concomitants chez tous les jeunes en traitement de la toxicomanie. Cette détection pourrait se faire à partir des procédures de dépistage proposées par le Comité permanent sur les troubles concomitants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (2008). Cette recommandation s'avère d'autant plus pertinente lorsque l'on s'attarde aux liens étroits entre les problèmes concomitants et les comportements suicidaires ainsi qu'à leurs impacts sur le rétablissement de la toxicomanie.

Plusieurs éléments font en sorte qu'il est crucial de s'attarder à la présence des troubles concomitants chez les jeunes en traitement de la toxicomanie. Premièrement, il y a l'association fréquente entre les troubles mentaux et les comportements suicidaires (Mishara & Tousignant, 2004) ainsi que le risque accru de passage à l'acte suicidaire lorsqu'il y a concomitance entre la consommation de SPA et les problèmes psychologiques (Renaud et al., 2008; Renaud et al., 2009; Renaud et al., 2005). Il y a également le fait que la personne pourrait consommer afin de s'automédicamenter, la consommation pourrait amplifier la détresse psychologique ressentie, et la consommation de SPA pourrait amener une désinhibition facilitant le passage à l'acte suicidaire (Bukstein et al., 1993; Gossop, 2005). En outre, il faut aussi se rappeler que la présence de problèmes psychologiques lors de l'admission en traitement entraîne fréquemment des résultats thérapeutiques moins favorables (Babor et al., 2002). Tous

ces éléments font en sorte que le dépistage et la considération des troubles concomitants au cours d'un traitement de la toxicomanie chez les adolescents sont des pratiques à privilégier.

Un autre aspect à considérer est que les jeunes de notre échantillon, tout comme ceux de l'étude de Ramchand et ses collègues (2008) présentent des comportements suicidaires avant, pendant et après le traitement de la toxicomanie, ce qui appuie l'importance de vérifier régulièrement la présence de comportements suicidaires chez les adolescents qui présentent des problèmes de consommation de SPA, tel que suggéré par Goldston et ses collègues (2008). La vérification de la présence de comportements suicidaires chez les jeunes présentant un problème de consommation de SPA, tant au début que tout au long du traitement, serait à privilégier, particulièrement s'il y a des difficultés psychologiques. Cet aspect est d'autant plus pertinent lorsque l'on considère le risque accru de passage à l'acte suicidaire lorsqu'il y a concomitance entre les problèmes de consommation et les problèmes psychiatriques (Gossop, 2005). Un dépistage régulier permettrait à certains jeunes ayant des comportements suicidaires au cours de leur processus de rétablissement d'obtenir les services appropriés à leur condition psychologique. Cette vérification pourrait se faire à l'aide de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte (Lane et al., 2010) si l'intervenant a reçu la formation appropriée. Cette grille permet la vérification de la planification de l'acte suicidaire, la présence de facteurs de protection ou de risque. Elle aide également à évaluer les actions à entreprendre et à identifier des leviers d'intervention permettant de

réduire le risque de passage à l'acte. En l'absence de la formation nécessaire pour administrer cette grille, l'intervenant pourrait utiliser la grille d'évaluation et de prise en charge disponible dans la section « Conduites autoagressives/suicidaires » du Guide d'intervention mhGAP de l'Organisation mondiale de la santé (2011). Cette grille évalue l'urgence suicidaire, mais aussi la présence de certains facteurs de risque en plus d'offrir des pistes de prise en charge.

De plus, l'évaluation régulière des comportements suicidaires et de la dangerosité associée devrait être effectuée auprès de tous les jeunes qui se présentent en traitement de la toxicomanie, car les présents résultats montrent qu'au cours de leur vie, excluant les 30 jours avant leur admission en traitement, 16,4 % des adolescents et 40 % des adolescentes de l'échantillon global avaient fait une tentative de suicide. De plus, au cours des six mois explorés dans ce projet, quelques jeunes du GC ont rapporté des comportements suicidaires.

Une autre recommandation concernant les adolescents présentant à la fois un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires est de viser une réduction des méfaits plutôt que l'abstinence. La réduction des méfaits constitue, rappelons-le, une approche qui inclut une variété d'objectifs allant de la réduction de la consommation à l'abstinence, mais qui peut aussi s'attarder à la réduction des conséquences de la consommation, selon le choix du client (Landry & Lecavalier, 2003). Les adolescents présentant cette double problématique, rencontrés dans le cadre volet

qualitatif de cette thèse, ont pour objectif de départ de cesser temporairement leur consommation ou partiellement pour ensuite consommer de façon acceptable pour eux. Les adolescents du GS semblent réticents face à l'aide offerte, ce qui est aussi retrouvé chez les adultes présentant des troubles concomitants (Donat & Haverkamp, 2004; Santé Canada, 2002a). L'utilisation d'une approche de réduction des méfaits est suggérée auprès des adolescents présentant un problème de consommation de SPA (Bertrand et al., 2006), surtout que l'abstinence n'est atteinte ou maintenue que par une minorité d'adolescents (Williams & Chang, 2000). Cette approche est aussi recommandée auprès des adultes présentant des troubles concomitants ainsi que l'utilisation de l'entretien motivationnel (Santé Canada, 2002a).

L'entretien motivationnel montre une efficacité significative à l'égard des problèmes liés aux substances psychoactives (Becker & Curry, 2008; Macgowan & Engle, 2010), mais également en ce qui concerne l'intervention auprès de personnes suicidaires (Zerler, 2008). L'utilisation de l'entretien motivationnel ainsi que de l'approche de réduction des méfaits semble d'autant plus pertinente, en regard des résultats obtenus dans le volet qualitatif, puisque les jeunes présentant un problème de consommation ainsi que des comportements suicidaires ne visent pas l'arrêt de toute consommation lors de leur entrée en traitement, qu'ils vivent la rechute comme une déception ou une situation regrettable et qu'aucun d'eux, au moment de l'entretien de recherche, n'a réussi à être à nouveau abstinent.

Un autre élément fortement suggéré consiste à offrir un traitement intégré à ces jeunes (Bender et al., 2006; Chan et al., 2009; Esposito-Smythers et al., 2006; Hawkins, 2009). Les jeunes rencontrés dans le cadre de ce projet recevaient un traitement de la toxicomanie et une diminution de la gravité des problèmes de consommation de drogues est retrouvée, mais il y avait une persistance des problèmes psychologiques et des comportements suicidaires. Malheureusement, les services pour les troubles concomitants ou pour la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires sont fréquemment offerts de manière séquentielle plutôt que de façon intégrée. Les éléments qui nuisent à la mise en place de services intégrés sont, entre autres, l'offre de service fragmentée et le financement des services selon le type de problématique (Hawkins, 2009). Dû au manque de services intégrés permettant de traiter les problèmes de consommation de SPA et les comportements suicidaires en même temps, les intervenants sont contraints à prioriser une des deux problématiques, soit demander à l'adolescent d'être traité par deux intervenants différents (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Goldston, 2004). Le fait de traiter ces problématiques séparément peut compliquer le processus thérapeutique, considérant qu'elles peuvent interagir ensemble. D'autre part, la multiplication des intervenants peut aussi créer des inconvénients, comme de confronter l'adolescent à des interventions incohérentes ou entraver l'établissement de l'alliance thérapeutique (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Esposito-Smythers et al., 2011).

L'utilisation d'un traitement intégré pour la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires permet de considérer les deux problématiques en même temps et prioriser certaines cibles d'interventions spécifiques (Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Esposito-Smythers et al., 2011). Idéalement, le développement de traitements intégrés (Bender et al., 2006; Chan et al., 2009; Esposito-Smythers et al., 2006; Hawkins, 2009), composés d'un entretien motivationnel, d'un volet familial et d'une approche cognitive-comportementale, ciblant entre autres le développement d'habiletés sociales serait à réaliser. De plus, ces traitements intégrés devraient adresser à la fois les problèmes de consommation de SPA, particulièrement l'alcool, de santé psychologique ainsi que les comportements suicidaires.

Toutefois, considérant les difficultés d'implantation d'un traitement intégré et la difficulté rapportée par les jeunes du GS à établir une relation de confiance avec leurs intervenants, il serait approprié que ceux-ci accompagnent les adolescents lors de leur référence vers les services complémentaires. Cet accompagnement pourrait se traduire par sa présence lors de la première rencontre de l'adolescent avec le second intervenant, afin de faciliter l'établissement du lien de confiance. À cette fin, une approche similaire au Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) (Babor, McRee, Kassebaum, Grimaldi, Ahmed, & Bray, 2007) pourrait être utilisée. Cette approche consiste à un dépistage systématique des problèmes de consommation, mais cela pourrait également s'appliquer aux comportements suicidaires et aux troubles concomitants. Par la suite, une intervention brève est réalisée, afin de fournir de l'information ou d'augmenter la

motivation au traitement, avant une référence formelle vers les services appropriés en fonction de la problématique présentée et de sa sévérité (Babor et al., 2007). Cette approche est applicable auprès d'adolescents (Babor et al., 2007) et est liée à une réduction de la consommation de SPA chez les adultes (Madras, Compton, Avula, Stegbauer, Stein, & Clark, 2009). L'adaptation de cette approche pour les intervenants en toxicomanie ou en santé mentale et l'ajout de l'accompagnement de l'adolescent vers les services complémentaires nous semblent un compromis au traitement intégré plus difficile à mettre en place.

Le traitement offert aux adolescents présentant la double problématique problèmes de consommation de SPA / comportements suicidaires devrait s'attarder à la sphère des relations interpersonnelles. Dans le présent projet, les jeunes vivent de l'isolement, éprouvent des difficultés à rompre les liens avec leurs amis consommateurs, et les problèmes rencontrés sur le plan de leurs relations interpersonnelles persistent. Il serait donc pertinent que les intervenants s'attardent à l'amélioration de leurs relations interpersonnelles, en les aidant à développer leurs habiletés sociales et à rompre les liens avec leurs amis consommateurs. L'isolement social est un élément en lien avec les comportements suicidaires (Braush & Gutierrez, 2010; Hirsh & Barton, 2011; Rutter & Behrendt, 2004) et la présence de pairs consommateurs rend les jeunes plus à risque de consommation (Ali & Dwyer, 2010; Fujimoto & Valente, 2012; Giletta et al., 2012; Glaser et al., 2010; Mason et al., 2007; Mishara & Weisstub, 2005; Zimmerman & Vasquez, 2011).

Le traitement offert pourrait alors viser à aider le jeune à développer un sentiment d'appartenance sociale tel que suggéré dans le *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (Lane et al., 2010) en favorisant des activités de groupes ou dans la communauté, afin qu'il puisse développer un réseau social aidant. L'utilisation d'une approche cognitive-comportementale, telle que celle proposée par Harrington et Saleem (2003) pour le traitement des adolescents suicidaires, permettant le développement d'habiletés sociales, serait à privilégier. Dans tous les cas, peu importe la méthode thérapeutique utilisée, les résultats de notre projet soulignent l'importance d'accompagner étroitement les jeunes présentant la double problématique, de les outiller afin de les aider à améliorer leur satisfaction en lien avec leur réseau social.

Pistes de recherche

Les résultats obtenus au cours de ce projet montrent la pertinence de réaliser d'autres études traitant de la double problématique composée des problèmes de consommation de SPA et des comportements suicidaires chez les adolescents en traitement de la toxicomanie. Ces études devraient inclure le recrutement d'un échantillon plus important, permettant de documenter davantage de variables pouvant influencer le processus de rétablissement tant sur le plan quantitatif que qualitatif. L'utilisation d'outils vérifiant les comportements suicidaires sur une plus longue fenêtre temporelle et de manière plus spécifique ainsi que des mesures plus précises examinant la présence de troubles mentaux concomitants seraient à privilégier afin de mieux

comprendre le processus de rétablissement de ces jeunes. De plus, l'évaluation du processus de rétablissement de manière multidimensionnelle serait à privilégier afin de mieux en comprendre les subtilités. Dans le cas du volet qualitatif, l'élaboration d'une grille d'entrevue questionnant spécifiquement la présence de comportements suicidaires et le contexte autour de la crise suicidaire permettrait aussi une compréhension plus fine des difficultés de ces jeunes et des interventions à mettre en place afin de mieux répondre à leurs besoins. Ce type de recherche permettrait de mieux comprendre l'impact des comportements suicidaires sur le processus de rétablissement des jeunes présentant des problèmes de consommation de SPA (Goldston et al., 2008).

Tel que suggéré par d'autres auteurs (Erinoff et al., 2004), l'inclusion des comportements suicidaires comme mesure du succès thérapeutique du traitement de la toxicomanie serait à privilégier, mais aussi leurs impacts sur le processus de rétablissement des adolescents bénéficiant de tels services. Le volet quantitatif montre la présence de comportements suicidaires au cours de la période de six mois explorés autant chez les jeunes du GS que ceux du GC, ce qui amène des questionnements sur l'évolution de la santé psychologique de ces jeunes au cours de leur processus de rétablissement après un traitement de la toxicomanie. L'évaluation multidimensionnelle du processus de rétablissement s'avère d'autant plus nécessaire lorsque l'on constate la persistance de certaines difficultés pour les jeunes, que cela soit sur le plan de leurs relations interpersonnelles ou de leur santé psychologique. Une telle évaluation permettrait d'adapter les services en fonction des besoins de l'adolescent

(Meyers et al., 1995), et il serait donc pertinent de mesurer ces différents aspects afin de s'assurer de l'efficacité d'un traitement.

Il serait approprié que d'autres études s'attardent à la mesure des interrelations complexes entre les problèmes de consommation de SPA, des comportements suicidaires et des troubles concomitants et à l'impact de la concomitance de ces éléments sur le processus de rétablissement. Nos résultats montrent que les jeunes du GS ont une évolution différente de ceux ne présentant pas de comportements suicidaires. De plus, les résultats sur l'évolution de la consommation de SPA (Crowley et al., 1998; Grella et al., 2001; Jenson & Potter, 2003; Shane et al., 2003; Tomlinson et al., 2004; Whitmore et al., 2000; Winters et al., 2008) et des problèmes de santé mentale (Azrin et al., 2001; Clingempeel et al., 2008; Henderson et al., 2010; Jenson & Potter, 2003; Najavits et al., 2006; Rogers et al., 2004; Spirito, Mehlenbeck, et al., 2003) chez les jeunes présentant des troubles concomitants offrent des résultats contradictoires. À cette fin, des outils permettant de mieux distinguer le type de problème de santé mentale présenté pourraient être utilisés afin d'obtenir de l'information plus nuancée sur ces interrelations.

Les enjeux en lien avec les relations interpersonnelles chez les jeunes en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires mériteraient également d'être étudiés. Les traitements de la toxicomanie pour adolescents ont souvent été inspirés par ceux offerts aux adultes (Dongier & Legault, 1999; Waldron & Kaminer, 2004), alors que ceux-ci ont moins de contrôle sur les possibilités de modifier leurs

relations sociales. Les adolescents dépendent de leurs parents en ce qui concerne leur milieu de vie et les possibilités de changement d'école. Le retour à l'école après un épisode de traitement résidentiel pourrait s'avérer difficile pour des adolescents, considérant qu'ils sont souvent réticents à demander de l'aide de crainte d'être jugés ou stigmatisés (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; Curtis, 2010). En outre, les relations avec les pairs ont un impact sur l'évolution de la consommation de SPA, comme montré dans cette thèse et dans d'autres études (Ali & Dwyer, 2010; Giletta et al., 2012; Glaser et al., 2010; Grella et al., 2004; Jainchill et al., 2000; Mason et al., 2007; Ramo et al., 2005; Zimmerman & Vasquez, 2011), mais aussi sur les comportements suicidaires (Braush & Gutierrez, 2010; Esposito-Smythers & Goldston, 2008; Hirsh & Barton, 2011; Rutter & Behrendt, 2004). Ces enjeux s'avèrent des pistes de recherche intéressantes afin de mieux saisir l'impact des relations interpersonnelles sur le processus de rétablissement, mais aussi sur l'adaptation des services aux besoins de cette clientèle.

Par ailleurs, le développement de traitements adaptés et intégrés pour les adolescents présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires (Bender et al., 2006; Chan et al., 2009; Esposito-Smythers et al., 2006; Hawkins, 2009), tel que suggéré auparavant, serait une autre voie de recherche intéressante. Ces traitements doivent par la suite être évalués scientifiquement afin de s'assurer de leur efficacité (Esposito-Smythers et al., 2006).

Conclusion

Cette thèse a permis de mettre en évidence le peu de littérature scientifique disponible à propos du processus de rétablissement des adolescents présentant un problème de consommation de SPA ainsi que des comportements suicidaires. Son objectif principal était donc de décrire et de mieux comprendre le processus de rétablissement d'adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires à l'aide d'un devis longitudinal mixte. Afin d'atteindre cet objectif, des analyses quantitatives portant sur différentes sphères de la vie des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires, comme la consommation de SPA, la santé psychologique, les relations interpersonnelles ou familiales, ont été réalisées à trois temps de mesure pour évaluer l'évolution de ces adolescents en comparaison avec ceux ne présentant pas de comportements suicidaires. Toujours dans le but d'atteindre l'objectif principal, ce projet comportait un second volet qui consistait à comparer des entretiens qualitatifs en profondeur semi-structurés réalisés avec des adolescents présentant des comportements suicidaires au cours de leur processus de rétablissement à ceux n'en rapportant pas.

Une originalité de cette thèse est le thème de recherche choisi, soit le processus de rétablissement des adolescents en traitement de la toxicomanie présentant des comportements suicidaires, qui a fait l'objet d'un nombre restreint d'études, surtout chez les jeunes recrutés lors de leur traitement de la toxicomanie. De plus, contrairement à

d'autres études (Brooke et al., 2009; Flanzer, 2005), les jeunes présentant la double problématique étaient comparés à ceux ne présentant pas de comportements suicidaires et étaient évalués de manière multidimensionnelle. Le fait qu'un devis mixte ait été utilisé a permis d'apporter, à l'aide du volet qualitatif, une profondeur aux résultats plus généraux provenant du volet quantitatif. En outre, l'utilisation d'un devis longitudinal a permis de mesurer et décrire l'évolution à court et à moyen termes de cette clientèle peu étudiée et représentant un défi pour l'intervention.

La présente thèse offre des pistes d'intervention afin de favoriser le processus de rétablissement des jeunes présentant des problèmes de consommation et des comportements suicidaires récents. Les centres de traitement de la toxicomanie aident les adolescents présentant la double problématique à réduire leur consommation de SPA, mais les comportements suicidaires, les difficultés psychologiques et dans les relations interpersonnelles persistent. Des évaluations régulières de la présence de comportements suicidaires et des interventions ciblant ces aspects particuliers pourraient être mises en place.

Les centres de prévention du suicide qui reçoivent des demandes des adolescents présentant la double problématique peuvent aussi s'approprier les présents résultats. Ces centres ont un rôle important à jouer, car ces jeunes présentent un profil biopsychosocial plus détérioré au moment d'obtenir des services. Ils peuvent donc être des ressources de

première ligne pour identifier ces jeunes et les référer vers les ressources spécialisées en toxicomanie.

Les intervenants des centres jeunesse, qui côtoient aussi des adolescents présentant des problèmes de consommation de SPA et des comportements suicidaires, sont aussi en mesure d'adapter leur intervention en fonction de certaines des recommandations effectuées, comme la vérification régulière des comportements suicidaires ou la favorisation d'une approche de réduction des méfaits avec cette clientèle.

Enfin, les intervenants psychosociaux du milieu scolaire bénéficient également des présents résultats, car ils montrent l'importance d'une évaluation complète de la situation de l'adolescent afin de le référer vers les services appropriés à ses besoins. Ils peuvent également jouer un rôle dans le développement des habiletés sociales et de la consolidation du réseau social des adolescents présentant la double problématique.

Références

- Acier, D., Nadeau, L., & Landry, M. (2008). La rémission sans traitement: état de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 727-734.
- Ali, M. M., & Dwyer, D. S. (2010). Social network effects in alcohol consumption among adolescents. *Addictive Behaviors*, 35, 337-342.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 éd.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Society in Addiction Medicine. (2007). *ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, second edition-revised*. Chevy Chase: American Society in Addiction Medicine.
- Anderson, D. J., McGovern, J. P., & DuPont, R. L. (1999). The origins of the Minnesota Model of addiction treatment: A first person account. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 107-114.
- Anderson, R. L., & Gittler, J. (2005). Unmet need for community-based mental health and substance use treatment among rural adolescents. *Community Mental Health Journal*, 41(1), 35-49.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2003). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec: Association québécoise de prévention du suicide.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J., & DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 11(1), 1-43.

- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30.
- Babor, T. F., Webb, C., Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2002). Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders: Construct validity and clinical implications. *Addiction*, 97, 58-69.
- Barrett Waldron, H., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 802-813.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 221-232.
- Battjes, R. J., Onken, L. S., & Delany, P. J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.
- Becker, S. J., & Curry, J. F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 531-543.
- Ben Amar, L. (2002). *Les psychotropes: pharmacologie et toxicomanie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bender, K., Springer, D. W., & Kim, J. S. (2006). Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 177-205.
- Berman, A., & Schwartz, R. H. (1990). Suicide attempts among adolescent drug users. *American Journal of Diseases of Children*, 144(3), 310-314.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).
- Bertrand, K., Brunelle, N., Beaudoin, I., Richer, I., Lemieux, A., & Ménard, J.-M. (2012, en ligne). Assessing covariates of drug use trajectories among adolescents admitted to a drug addiction centre: Mental health problems, therapeutic alliance and treatment persistence. *Substance Use & Misuse*.

- Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A., & Ledoux, C. (2009). *Étude évaluation auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (partie 1): suivis trois mois et six mois*. Québec: Rapport final remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., & Plourde, C. (2004). *Synthèse de l'évaluation du programme jeunesse. Recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières: Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Domrémy MCQ.
- Bertrand, K., & Nadeau, L. (2006a). Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation. *Drogues, santé et société*, 5(1), 9-44.
- Bertrand, K., & Nadeau, L. (2006b). Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution: étude exploratoire. *Drogues, santé et société*, 5(2), 79-109.
- Bertrand, K., Nadeau, L., & Aranda, J. F. (2012). Femmes, toxicomanie et inadaptation sociale grave : l'intégration des services au long cours. Dans M. Landry, S. Brochu, & C. Patenaude (Éds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 131-158). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., & Ménard, J.-M. (accepté). Addiction treatment for adolescents: How are family factors related to substance use change? . *Journal of Psychoactive Drugs*.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Stephan, P., & Halfon, O. (2003). Adolescents' self-mutilation--Relationship with dependent behaviour. *Swiss Journal of Psychology Schweizerische Zeitschrift für Psychologie Revue Suisse de Psychologie*, 62(4), 241-249.
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13(3), 53-57.
- Braush, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233-242.
- Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 52-63.

- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1080-1086.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., . . . Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schwerts, J., Balach, I., & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescents suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 193-202.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Brooke, J. S., Saar, N., Zhang, C., & Brooke, D. W. (2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance use. *American Journal of Public Health*, 99(563-568).
- Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 608-623.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223.
- Brown, S. A. (2004). Measuring youth outcomes from alcohol and drug treatment. *Addiction*, 99(Supplement 2), 38-46.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J., & Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, 9(1), 221-247.
- Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (2000). Drug-crime relation among drug consuming juvenile delinquents: A tripartite model and more. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, 27(4), 835-866.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2002a). La famille vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. *Drogues, santé et société*, 1(1), 82-103.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2002b). Trajectoires types de la déviance juvénile : un regard qualitatif. *Revue canadienne de criminologie*, 44(1), 1-31.

- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2005). Juvenile Drug Use and Delinquency: Youths' accounts of their trajectories. *Substance Use and Misuse*, 40(5), 721-734.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Ledoux, C. (2012). Toxico-justice : Où en est l'intégration des services offerts aux jeunes. Dans S. Brochu, M. Landry, & C. Patenaude (Éds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 81-106). Québec: Presses du l'Université Laval.
- Brunelle, N., Plourde, C., Gendron, A., Cordeau, D., & Piché, V. (2006). *Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée*. Québec: Rapport final remis au Fonds Richelieu de recherche sur l'enfance.
- Bukstein, O. G., Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., . . . Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 403-408.
- Burke, S. M., van de Giessen, E., de Win, M., Schilt, T., van Herk, M., van den Brink, W., & Booij, J. (2011). Serotonin and dopamine transporters in relation to neuropsychological functioning, personality traits and mood in young adult healthy subjects. *Psychological Medicine*, 41(2), 419-429.
- Burleson, J. A., Kaminer, Y., & Burke, R. H. (2012). Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 78-86.
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoretical model. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1834-1847.
- Carballo, J. J., Oquendo, M. A., Giner, L., Zalsman, G., Roche, A. M., & Sher, L. (2006). Impulsive-aggressive traits and suicidal behavior in adolescents and young adults with alcoholism. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 17-19.
- Carroll, S., Hides, L., Catania, L., Mathias, S., Greenwood-Smith, C., & Lubman, D. (2009). Integrated cognitive behaviour therapy for co-occurring substance misuse and major depression: Lessons from a youth mental health service. *Australasian Psychiatry*, 17(5), 365-370.

- Carter, G., Reith, D. M., Whyte, I. M., & McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: Increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 253-257.
- Cavaola, A. A., & Lavender, N. (1999). Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence*, 34(136), 735-744.
- Chan, Y.-F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14-24.
- Chan, Y.-F., Godley, M. D., Godley, S. H., & Dennis, M. L. (2009). Utilization of mental health services among adolescents in community-based substance abuse outpatient clinics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(1), 35-51.
- Chung, T., & Maisto, S. A. (2006). Relapse to alcohol and other drug use in treated adolescents: Review and reconsideration of relapse as a change point in clinical course. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 149-161.
- Chung, T., & Maisto, S. A. (2009). "What I got from treatment": Predictors of treatment content received and association of treatment content with 6-month outcomes in adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 171-181.
- Cigularov, K., Chen, P. Y., Thurber, B. W., & Stallones, L. (2008). What prevents adolescents from seeking help after a suicide education program? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 74-86.
- Clark, H. W., Horton, A. M., Jr., Dennis, M., & Babor, T. F. (2002). Moving from research to practice just in time: The treatment of cannabis use disorders comes of age. *Addiction*, 97, 1-3.
- Clingempeel, W. G., Britt, S. C., & Henggeler, S. W. (2008). Beyond treatment effects: Comorbid psychopathologies and long-term outcomes among substance-abusing delinquents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(1), 29-36.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence* (2 éd.). Montréal: Gaëtan Morin.
- Colby, S. M., Lee, C. S., Lewis-Esquerre, J., Esposito-Smythers, C., & Monti, P. M. (2004). Adolescent alcohol misuse: Methodological issues for enhancing treatment research. *Addiction*, 99(Suppl2), 47-62.

- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux: pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.
- Comité permanent sur les troubles concomitants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). (2008). *Trousse de dépistage d'un trouble mental chez la clientèle présentant un trouble lié à la consommation ou au jeu*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012: pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Conason, A. H., Oquendo, M. A., & Sher, L. (2006). Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 9-13.
- Cormier, D. (1993). *Toxicomanies: styles de vie*. Montréal: Édition du Méridien.
- Cosgrave, E., Killackey, E., Yung, A., Buckby, J., Godfrey, K., Stanford, C., . . . McGorry, P. D. (2004). Depression, substance use and suicidality in help-seeking adolescents: A survey of prevalence. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 14(2), 162-175.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : Choosing among five approaches* (2e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crosby, A. E., Cheltenham, M. P., & Sacks, J. J. (1999). Incidence of suicidal ideation and behaviour in the United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 131-140.
- Crowley, T. J., Mikulich, S. K., MacDonald, M., Young, S. E., & Zerbe, G. O. (1998). Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: Severity of diagnosis predicts 2-year outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(3), 225-237.

- Curtis, C. (2010). Youth perceptions of suicide and help-seeking: 'They'd think I was weak or "mental."'. *Journal of Youth Studies*, 13(6), 699-715.
- D'Eramo, K. S., Prinstein, M. J., Freeman, J., Grapentine, W. L., & Spirito, A. (2004). Psychiatric diagnoses and comorbidity in relation to suicidal behavior among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 35(1), 21-35.
- Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2009). Interventions for suicidal youth: A review of the literature and developmental considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 252-268.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., & Teesson, M. (2005). Attempted suicide among heroin users: 12-month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 78(2), 177-186.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., . . . Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197-213.
- Desjardins, L., Germain, M., & Provost, G. (2005). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents: Manuel d'utilisation*. Québec: Recherche et intervention sur les substances psychoactives- Québec (RISQ).
- Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jaussent, I., Genty, C., Malafosse, A., & Courtet, P. (2012). Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 398-404.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25-35.
- Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec. (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Trois-Rivières: Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Domrémy MCQ.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Overholser, J. C. (2003). Treatment of adolescent suicide attempters. Dans A. Spirito, & J. C. Overholser (Éds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice*. (pp. 295-321). San Diego, CA US: Academic Press.
- Donat, D. C., & Haverkamp, J. (2004). Treatment of psychiatric impairment complicated by co-occurring substance use: Impact on rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 78-82.

- Dongier, M., & Legault, L. (1999). Alcoolismes. Dans P. Lalonde, J. Aubut, & F. Grunberg (Éds.), *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale. Tome I : Introduction et syndromes cliniques* (pp. 144-171). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh, D. M., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (2004). Suicidal behaviors and drug abuse: Impulsivity and its assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, 76S, S93-S105.
- Duhamel, D. (2007). *Toxicomanie et phénomènes suicidaires: savoir pour mieux intervenir*. Montréal: Direction des services professionnels et de la qualité- Service de formation et de consultation clinique du Centre Dollard-Cormier.
- Erinoff, L., Anthony, J. C., Brown, G. K., Caine, E. D., Conner, K. R., Dougherty, D. M., . . . Yen, S. (2004). Overview of workshop on drug abuse and suicidal behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl7), S3-S9.
- Esposito-Smythers, C., & Goldston, D. B. (2008). Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior. *Substance Abuse*, 29(2), 5-17.
- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behaviour : A review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(Supplément 5), 77S-88S.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728-739.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R., & LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: Development and pilot testing. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl1), 126-130.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1308-1317.
- Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Dugosh, K. L., Croft, J. R., & Arabia, P. L. (2008). Higher magnitude cash payments improve research follow-up rates without increasing drug use or percives coercion. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 128-135.
- Flanzer, J. (2005). The status of health services research on adjudicated drug-abusing juveniles: elected findings and remaining questions. *Substance Use and Misuse*, 40, 887-911.

- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5.
- Food and Drug Administration. (1999). *Regulatory procedures manual*. Rockville, MD.: Food and Drug Administration.
- Fujimoto, K., & Valente, T. W. (2012). Decomposing the components of friendship and friends' influence on adolescent drinking and smoking. *Journal of Adolescent Health*, 51, 136-143.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. L., & Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(1), 69-77.
- Gagné, M., Légaré, G., Perron, P.-A., & St-Laurent, D. (2011). *La mortalité par suicide au Québec: données récentes de 2005 à 2009*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Gagné, M., & St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques: théories et pratiques* (2 éd.). Paris: A. Colin.
- Gilletta, M., Scholte, R. H. J., Prinstein, M. J., Engels, R. C. M. E., Rabaglietti, E., & Burk, W. J. (2012). Friendship context matters: Examining the domain specificity of alcohol and depression socialization among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(7), 1027-1043.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Existential Analysis*, 21(1), 3-22.
- Giorgi, A., & Gallegos, N. (2005). Living through some positive experiences of psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 36(2), 195-218.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2008). Phenomenology. Dans J. A. Smith (Éd.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2e éd., pp. 26-52). Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Gispert, M., Wheeler, K., Marsh, L., & Davis, M. S. (1985). Suicidal adolescents: Factors in evaluation. *Adolescence*, 20, 753-762.
- Glaser, B., Shelton, K. H., & van den Bree, M. B. M. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 35-42.
- Goldston, D. B. (2004). Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl7), S79-S91.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., & Arnold, E. M. (2006). Suicidal and nonsuicidal self-harm behaviors. Dans D. A. Wolfe, & E. J. Mash (Éds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 343-380). New York, NY US: Guilford Publications.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier, P. H., & Treadway, S. L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: Developmental changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 281-290.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Mathias, C. W., & Dougherty, D. M. (2008). Suicidal and nonsuicidal self-harm behaviors in adolescent substance use disorders. Dans Y. Kaminer, & O. G. Bukstein (Éds.), *Adolescent substance abuse: Psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*. (pp. 323-354). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gossop, M. (2005). Alcohol in suicide attempts and completions. *Psychiatric Annals*, 35(6), 513-521.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addictive Behaviors*, 27(2), 155-166.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1124-1133.
- Greenhoot, A. F., & Dowsett, C. J. (2012). Secondary data analysis: An important tool for addressing developmental questions. *Journal of Cognition and Development*, 13(1), 2-18.

- Grella, C. E., Hser, Y.-I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384-392.
- Grella, C. E., Vandana, J., & Hser, Y. (2004). Effects of comorbidity on treatment processes and outcomes among adolescents in drug treatment programs. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13(4), 13-31.
- Groholt, B., Ekeberg, O., & Haldorsen, T. (2006). Adolescent suicide attempters: What predicts future suicidal acts? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 638-650.
- Grøholt, B., Ekeberg, Ø., & Haldorsen, T. (2000). Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: The significance of an intention to die. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(4), 244-254.
- Harrington, R., & Saleem, Y. (2003). Cognitive behavioral therapy after deliberate self-harm in adolescence. Dans R. A. King, & A. Apter (Éds.), *Suicide in children and adolescents*. (pp. 251-270). New York, US: Cambridge University Press.
- Hawkins, E. H. (2009). A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology*, 60, 197-227.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885-897.
- Hess, U., Senécal, S., & Vallerand, R. J. (2000). Les méthodes quantitatives et qualitatives de recherche en psychologie. Dans R. J. Vallerand, & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Hill, R. M., Pettit, J. W., Green, K. L., Morgan, S. T., & Schatte, D. (2012). Precipitating events in adolescent suicidal crisis: Exploring stress-reactive and nonreactive risk profiles. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(2), 11-21.
- Hinds, P. S., Vogel, R. J., & Clarke-Steffen, L. (1997). The possibilities and pitfalls of doing a secondary analysis of a qualitative data set. *Qualitative Health Research*, 7(3), 408-424.

- Hirsh, J. K., & Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behaviors in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 393-398.
- Ho, P.-S., Shih, M.-C., Ma, K.-H., Huang, W.-S., Ho, K. K.-J., Yen, C.-H., . . . Huang, S.-Y. (2011). Availability of the serotonin transporter in patients with alcohol dependence. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(1-2), 134-142.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., . . . Wittchen, H. U. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European Neuropsychopharmacology*, 22(4), 267-280.
- Hogue, A., & Liddle, H. A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31(2), 126-154.
- Howell, D. C., Yzerbyt, V., & Bestgen, Y. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (2 éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Hser, Y.-I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S.-C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC, US: University of North Carolina Press.
- Husler, G., Blakeney, R., & Werlen, E. (2005). Adolescent risk: The co-occurrence of illness, suicidality, and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 547-557.
- Husserl, E. (1970). *Logical Investigation*. New York: Humanities Press.
- Husserl, E. (1983). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. First book*. Norwell: Kluwer Academic Publishers.
- Ilgen, M. A., Tiet, Q., Finney, J. W., & Harris, A. H. S. (2005). Recent suicide attempt and the effectiveness of inpatient and outpatient substance use disorder treatment. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 29(9), 1664-1671.

- Ilgen, M. A., Tiet, Q., & Moos, R. (2004). Outcomes of substance use disorder treatment in suicidal and nonsuicidal male patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(5), 643-650.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2005). *Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: Les Éditions INSERM.
- Jacobs, D. G. (2007). *A resource guide for implementing the joint commission 2007 patient safety goals on suicide*. Wellesley Hills: Screening for Mental Health.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G., & Yagelka, J. (2000). Adolescents in therapeutic communities : One-year posttreatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 81-94.
- Jenson, J. M., & 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.
- Kairouz, S. B., R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kalafat, J. (2005). Suicide. Dans T. P. Gullotta, & G. R. Adams (Éds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. (pp. 231-254). New York, NY US: Springer Science + Business Media.
- Kaminer, Y. (1996). Adolescent substance abuse and suicidal behavior. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 59-71.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., Goldston, D. B., & Burke, R. H. (2006). Suicidal ideation among adolescents with alcohol use disorders during treatment and aftercare. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl1), 43-49.
- Kelly, T. M., Cornelius, J. R., & Clark, D. B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 87-97.
- Kelly, T. M., Lynch, K. G., Donovan, J. E., & Clark, D. B. (2001). Alcohol use disorders and risk factor interactions for adolescent suicidal ideation and attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 181-193.

- Kerr, D. C. R., Owen, L. D., & Capaldi, D. M. (2008). Suicidal ideation and its recurrence in boys and men from early adolescence to early adulthood: An event history analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(3), 625-636.
- Kirby, M. J., & Keon, W. J. (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie: Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Rapport 1*. Ottawa, On: Sénat du Canada.
- Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. R. (1990). Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*(1), 38-43.
- Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., & Guyon, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et les adolescentes : étude des qualités psychométriques*. Montréal Cahiers de recherche du RISQ.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoolologie et Addictologie, 24*(1), 7-13.
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société, 2*(1), 124-140.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec: Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Laprise, P., Gagnon, H., Leclerc, P., & Cazale, L. (2012). Consommation d'alcool et de drogues. Dans L. A. Pica, I. Traoré, F. Bernèche, P. Laprise, L. Cazale, H. Camirand, M. Berthelot, & N. Plante (Éds.), *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative: fondements et pratiques* (2 éd.). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology : Science and Pratique, 3*(1), 25-46.

- Light, J. M., Grube, J. W., Madden, P. A., & Gover, J. (2003). Adolescent alcohol use and suicidal ideation: A nonrecursive model. *Addictive Behaviors*, 28(4), 705-724.
- Long-Sutehall, T., Sque, M., & Addington-Hall, J. (2011). Secondary analysis of qualitative data: A valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population? *Journal of Research in Nursing*, 16(4), 335-344.
- Macgowan, M. J., & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 527-545.
- Madras, B. K., Compton, W. M., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J. B., & Clark, H. W. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 280-295.
- Mann, J., Brent, D., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: A focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24, 467-477.
- Mann, J., Oquendo, M., Underwood, M., & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl 2), 7-11.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews*, 4, 819-828.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guildford Publications.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1178-1183.
- Mason, W. A., Hitchings, J. E., McMahon, R. J., & Spoth, R. L. (2007). A test of three alternative hypotheses regarding the effects of early delinquency on adolescent psychosocial functioning and substance involvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 831-843.
- Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (1990). *Designing experiments and analyzing data : a model comparison perspective* Belmont: Wadsworth.

- McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 141-144.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Mercier, C., & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Dans P. Brisson (Éd.), *L'usage des drogues et toxicomanie Volume III* (pp. 336-349). Montréal: Gaëtan Morin.
- Meyers, K., McLellan, A. T., Jaeger, J. L., & Pettinati, H. M. (1995). The development of the comprehensive addiction severity index for adolescents (CASI-A): An interview for assessing multiple problems of adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(3), 181-193.
- Micheltmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, second edition*. Thousand Oaks, ca: Sage Publications.
- Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review*, 38(2), 153-167.
- Miller, M., Borges, G., Orozco, R., Mukamal, K., Rimm, E. B., Benjet, C., & Medina Mora, M. E. (2011). Exposure to alcohol, drugs, and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 110-117.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(1), 23-41.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., . . . 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.
- Morgan, M. (2000). Ecstasy (MDMA): A review of its persistent psychological effects. *Psychopharmacology*, 152, 230-248.

- Muck, R., Zempolich, K. A., Titus, J. C., Fishman, M., Godley, M. D., & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth & Society*, 33(2), 143-168.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6.
- Muehlenkamp, J. J., Ertelt, T. W., & Azure, J. A. (2008). Treating outpatient suicidal adolescents: Guidelines from the empirical literature. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 105-120.
- Murphy, G. E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. Dans K. Hawton, & K. VanHeeringen (Éds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 135-146). New York: J. Wiley.
- Myers, A., & Hansen, C. (2007). *Psychologie expérimentale*. Paris: De Boeck.
- Nadeau, L., & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Ste-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 453-463.
- Nanhou, V., Fournier, C., & Audet, N. (2010). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec: un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses* (Vol. March 2011). Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Oshima, T. C., & McCarty, F. (2000). *How should we teach follow-up tests after significant interaction in factorial analysis of variance?* Communication présentée American Educational Research Association, New Orleans.

- Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D., & Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: Clinical characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychological Assessment*, 24(1), 11-20.
- Ozechowski, T. J., & Liddle, H. A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 269-298.
- Palmer, R. H. C., Young, S. E., Hopfer, C. J., Corley, R. P., Stallings, M. C., Crowley, T. J., & Hewitt, J. K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 78-87.
- Parent, I., & Brochu, S. (1998). *Quand les trajectoires toxicomanes et délinquantes se rencontrent : dix toxicomanes se racontent*. Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Passetti, L. L., Godley, S. H., & White, M. K. (2008). Adolescents' perceptions of friends during substance abuse treatment: A qualitative study. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, 35(1), 99-114.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pérez, R. G., Ezpeleta, L., & Domenech, J. M. (2007). Features associated with the non-participation and drop out by socially-at-risk children and adolescents in mental-health epidemiological studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 251-258.
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Gillis, J. R., Graae, F., Trautman, P., Cantwell, C., . . . Shaffer, D. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 469-473.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-120.

- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. *Journal of Adolescence*, 32(4), 849-862.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Ramchand, R., Griffin, B. A., Harris, K. M., McCaffrey, D. F., & Morral, A. (2008). A prospective investigation of suicide ideation, attempt, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 524-532.
- Ramirez, R., Hinman, A., Sterling, S., Weisner, C., & Campbell, C. (2012). Peer influences on adolescent alcohol and other drug use outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 36-44.
- Ramo, D. E., Anderson, K. G., Tate, S. R., & Brown, S. A. (2005). Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1811-1823.
- Raviv, A., Raviv, A., Vago-Gefen, I., & Fink, A. S. (2009). The personal service gap: Factors affecting adolescents' willingness to seek help. *Journal of Adolescence*, 32, 483-499.
- Raviv, A., Sills, R., Raviv, A., & Wilansky, P. (2000). Adolescents' help-seeking behavior: the difference between self and other-referral. *Journal of Adolescence*, 23, 721-740.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. (2000). *Programme accès jeunesse en toxicomanie*. Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., John, U., Meyer, C., & Rumpf, H.-J. (2008). Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 43(3), 334-340.
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1226-1232.

- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 221-228.
- Renaud, J., Berlim, M. T., Séguin, M., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2009). Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 168-173.
- Renaud, J., Chagnon, F., Turecki, G., & Marquette, C. (2005). Completed suicides in a youth centres population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 690-694.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL.
- Roberts, M. J., & Russo, R. (1999). *A student's guide to analysis of variance*. London: Routledge.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 66-78.
- Rogers, R., Jackson, R. L., Sewell, K. W., & Johansen, J. (2004). Predictors of treatment outcome in dually-diagnosed antisocial youth: An initial study of forensic inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(2), 215-222.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research : methods and data analysis* (2 éd.). New York: McGraw-Hill.
- Rossow, I., Romelsjo, A., & Leifman, H. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94(8), 1199-1207.
- Rotheram-Borus, M. J., Goldstein, A. M., & Elkavich, A. S. (2002). Treatment of suicidality: A family intervention for adolescent suicide attempters. Dans S. G. Hofmann, & M. C. Tompson (Éds.), *Treating chronic and severe mental disorders: A handbook of empirically supported interventions*. (pp. 191-212). New York, NY US: Guilford Press.
- Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., Fairbank, J. A., & Hubbard, R. L. (1998). Substance use, mental disorders, abuse, and crime: Gender comparisons among a national sample of adolescent drug treatment clients. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 7(4), 19-34.

- Rowe, C. L., Liddle, H. A., Greenbaum, P. E., & Henderson, C. E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 129-140.
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., Orman, D. T., Stulman, D. A., Joiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 179-190.
- Rutherford, A. (2001). *Introducing ANOVA and ANCOVA a GLM approach*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Rutter, P. A., & Behrendt, A. E. (2004). Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39(154), 295-302.
- Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment
- Santé Canada. (2001). *Meilleures pratiques: traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Santé Canada.
- Santé Canada. (2002a). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa: Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada.
- Santé Canada. (2002b). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa: Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), 335-341.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138, 19-26.
- Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc, L. (2006). La typologie de la crise : éclaircissements sur l'étiologie, la symptomatologie et les interventions. Dans M. Séguin, A. Brunet, & L. Leblanc (Éds.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (pp. 3-29). Montréal: Gaëtan Morin.

- Séguin, M., & Huon, P. (1999). *Le suicide : Comment prévenir, comment intervenir*. Laval: Éditions Logiques.
- Séguin, M., Lynch, J., Labelle, R., & Gagnon, A. (2004). Personal and family risk factors for adolescent suicidal ideation and attempts. *Archives of Suicide Research*, 8(3), 227-238.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., & Trautman, P. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Shane, P. A., Jasiukaitis, P., & Green, R. S. (2003). Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: The relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. *Evaluation and Program Planning*, 26(4), 393-402.
- Shavelson, R. J. (1988). *Statistical reasoning for behavioral sciences* (2e éd.). Boston: Allyn and Bacon.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A National 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538-544.
- Skinner, W. W. J., O'Grady, C. P., Bartha, C., & Parker, C. (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale: guide d'information*. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Spirito, A., Mehlenbeck, R., Barnett, N., Lewander, W., & Voss, A. (2003). The relation of mood and behavior to alcohol use in adolescent suicide attempters. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 35-53.
- Spirito, A., Stanton, C., Donaldson, D., & Boergers, J. (2002). Treatment-as-usual for adolescent suicide attempters: Implications for the choice of comparison groups in psychotherapy research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 41-47.
- Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 284-289.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec: que savons-nous de la situation récente?* Québec: Institut national de santé publique du Québec.

- Stahler, G. J., & Cohen, E. (2000). Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 1-8.
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45(8), 921-933.
- Sterling, S., Chi, F., Campbell, C., & Weisner, C. (2009). Three-year chemical dependency and mental health treatment outcomes among adolescents: The role of continuing care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(8), 1417-1429.
- Sterling, S., & Weisner, C. (2005). Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: Implications for outcomes. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 29(5), 801-809.
- Stevens, S. J., Estrada, B., Murphy, B. S., McKnight, K. M., & Tims, F. (2004). Gender differences in substance use, mental health, and criminal justice involvement of adolescents at treatment entry and at three, six, twelve and thirty month follow-up. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 13-25.
- Sturman, D. A., & Moghaddam, B. (2011). The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1704-1712.
- Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. L. (2008). Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1802-1828.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5 éd.). Boston: Allyn & Bacon/ Pearson Education.
- Tims, F. M., Dennis, M. L., Hamilton, N., Buchan, B. J., Diamond, G., Funk, R., & Brantley, L. B. (2002). Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction*, 97, 46-57.
- Tomlinson, K. L., Brown, S. A., & Abrantes, A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 160-169.
- Trautman, P. D., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 89-94.

- Tremblay, J., Allaire, G., Dufresne, J., Lecavalier, M., & Neveu, Y. (2004a). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.
- Tremblay, J., Allaire, G., Dufresne, J., Lecavalier, M., & Neveu, Y. (2004b). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Avec vous !*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holli, M., Ruutu, T., . . . Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 199-206.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Kiviruusu, O., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2012). Alcohol use and psychiatric comorbid disorders predict deliberate self-harm behaviour and other suicidality among depressed adolescent outpatients in 1-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 268-275.
- Valdez, A., & Sifaneck, S. J. (2010). Qualitative methodological issues in drug user research. *Substance Use & Misuse*, 45(5), 645-647.
- Vitiello, B., Silva, S. G., Rohde, P., Kratochvil, C. J., Kennard, B. D., & Reinecke, M. A. (2009). Suicidal events in the Treatment for Adolescents with Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 741-747.
- Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1181-1183.
- Wagner, B. M., Cole, R. E., & Schwartzman, P. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(3), 358-372.
- Wagner, B. M., Cole, R. E., & Schwartzman, P. (1996). Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 300-307.

- Waldron, H. B., & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99(Suppl. 2), 93-105.
- Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., & Kadden, R. (2002). *The Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 Sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment
- Webb, L. (2009). Counting girls out: A review of suicide among young substance misusers and gender difference implications in the evaluation of risk. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16(2), 103-126.
- Wei, C. C., Heckman, B. D., Gay, J., & Weeks, J. (2011). Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 272-280.
- Whitmore, E. A., Mikulich, S. K., Ehlers, K. M., & Crowley, T. J. (2000). One-year outcome of adolescent females referred for conduct disorder and substance abuse/dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(2), 131-141.
- Wichstrøm, L., & Rossow, I. (2002). Explaining the gender differences in self-reported suicide attempts: A nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 101-116.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 138-166.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., & Ciarrochi, J. (2005). Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help negation? *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1525-1539.
- Windle, M., Spear, L., Fuligni, A., Angold, A., Brown, J., Pine, D., . . . Dahl, R. (2008). Transitions into underage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*, 121, S273-289.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Latimer, W. W., & Stone, A. (2008). Internalizing and externalizing behaviors and their association with the treatment of adolescents with substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(3), 269-278.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C., & Latimer, W. W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95(4), 601-612.

- Zerler, H. (2008). Motivational interviewing and suicidality. Dans H. Arkowirz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Éds.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guildford Press.
- Zimmerman, G. M., & Vasquez, B. E. (2011). Decomposing the peer effect on adolescent substance use: Mediation, nonlinearity, and differential nonlinearity. *Criminology*, 49(4), 1235-1273.

Appendice A
Normes de la Revue québécoise de psychologie (Article 1)

NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE
(révision effectuée en juin 2011)

Informations générales

1. Les manuscrits sont soumis via le site Web de la revue (<http://www.rqpsy.qc.ca>)
2. Les textes doivent respecter les normes habituelles de présentation des écrits scientifiques. Ils doivent être rédigés à double interligne sur format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en *français* et en *anglais*, des mots clés en *français* et en *anglais* ainsi que du titre en *français* et en *anglais*. Les textes comptent un *maximum de 25 pages* (à 2800 caractères et espaces compris par page)
3. Le texte final en traitement de texte (doc, doc.x) doit être téléversé sur le site de la Revue.
4. La première page indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel). La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais). Le texte proprement dit commence donc à la troisième page.
5. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale. Téléphone. Télécopieur. Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors du processus d'édition et de mise en ligne.
6. Une seule affiliation par auteur sera publiée (l'affiliation principale).

La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Marges	en pouces	en cm
Haut :	1,00	2,54
Bas :	1,00	2,54
Gauche :	1,00	2,54
Droite :	1,00	2,54
 Pied de page :	 0,75	 1,90

Caractères : Arial 10

Titre de l'article en français : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Titre abrégé en français (Running head) : 10 points, minuscules, gras et ne comportant pas plus de 50 caractères et espaces

Titre de l'article en anglais : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance

Ex. : Colette JOURDAN-IONESCU (en 10 pts)
Université du Québec à Trois-Rivières (en 10 pts)

Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm)

Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe)

- 1^{er} niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + centré
- 2^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + centré
- 3^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + centré
- 4^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + début du paragraphe en retrait

Citations : Les citations doivent être traduites en français. Elles sont présentées entre guillemets français (« »). Lorsqu'elles dépassent 40 mots, les citations doivent faire l'objet d'un paragraphe indépendant avec un retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite, en incluant la référence (auteur, année et page).

Résumés (français et anglais) comportant au maximum 100 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

Mots clés (français et anglais) comportant au maximum 6 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts).

Exemples :

Résumé

L'objet de cet article est de présenter le concept d'intervention appelé « Famille soutien » pour des familles dont un des enfants présente des difficultés d'adaptation. Créée initialement dans le cadre d'un programme d'intervention auprès de familles négligentes et/ou violentes (Palacio-Quintin, Éthier, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1991), l'intervention famille soutien doit toujours s'insérer à l'intérieur d'un plan d'intervention, car on demande à une famille non professionnelle,...

Mots clés : maltraitance, intervention non professionnelle, famille, soutien, supervision

Abstract

The object of this article is to present the intervention concept of « Support family » which aims to help families with a child presenting adaptation problems. Initially created within the context of an intervention program for negligent and/or abusive families (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1991), support family intervention should always be incorporate into an intervention plan because a non professional, but trained and supervised family is asked to accompany a...

Key words : child abuse and neglect, non professional, supervision, support family

Signes de ponctuation

- Un espace avant et après le « : »
- Un espace avant et après le « % »
- Un espace avant et après le « = »
- Un espace après le point
- Un espace après le point-virgule
- Un espace après la virgule
- Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

Appels de notes de bas de page : en 10 pts

Notes de bas de page : en 10 pts

Parenthèses : Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur (p. ex., $[F(1,23) = 29,69, p < .01]$).

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, certaines notations statistiques comme les corrélations et les probabilités proviennent d'un système indépendant du système métrique et il faut alors employer le point (p. ex., $r(45) = .73$, $p < .01$). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont soulignées ou en italique, comme dans le texte présent. Par exemple :

- $t(16) = 2,62$, $p < .001$
- $F(1,58) = 29,59$, $p < .001$
- $r(59) = .87$, $p < .01$
- $r(22) = .21$, n.s.

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test X^2 se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :

- $X^2(2, 125) = 10,51$, $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ($M = 3,24$) que les filles ($M = 1,45$) de façon solitaire ($t(79) = 1,97$, $p < .05$).

Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en 10 pts, centrés pour les Tableaux, alignés à gauche pour les Figures)] :

Tableau 1
Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
Expérimental				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
Contrôle				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

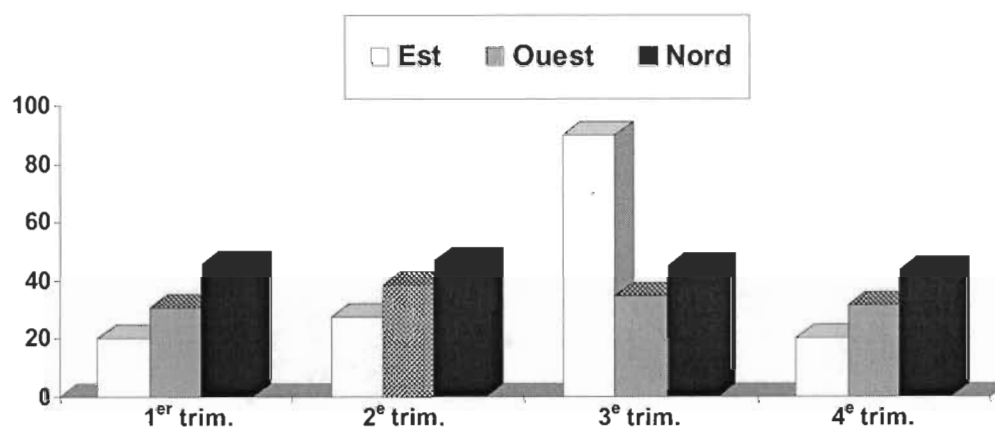


Figure 1. Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs et moins de sept auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "*et al.*". Lorsqu'il y a sept auteurs et plus, on cite directement selon la formule « Premier auteur et al., date ». Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par la perluète (&). Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte entre parenthèses et pour celles regroupées à la fin de l'article. Par contre, dans le texte, lorsqu'on fait référence à ce que deux auteurs (ou plus) ont dit, on écrit « et » pour relier les noms des auteurs.

Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

Livre

Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Gaëtan Morin  diteur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

Chapitre

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand & E. E. Thil ( ds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 465-507). Laval (Québec) :  ditions  tudes Vivantes.

Article

Beaudin, G., & Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Il faut veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin & Cossette, 1998; Trudel & Morinville, 1997).

Document dans Internet

Pericak-Vance, M.A., Folstein, S.E. & Wolpert, C.M. (2002). *Explorer l'autisme*. Récupéré le 24 novembre 2005 de <http://www.exploringautism.org/french/>

Texte final

Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final via le site Web de la revue (<http://rqpsy.qc.ca>)

Correction et approbation des épreuves

Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1^{er} auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part de l'article.

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.

Appendice B

Normes de la Revue Drogues, santé et société (Article 2)



Directives aux auteurs

Chaque texte soumis pour publication à Drogues, santé et société doit répondre aux exigences suivantes :

ÉLÉMENTS D'IDENTIFICATION

- Titre (maximum de 12 mots);
- Titre abrégé pour l'édition papier (maximum de 60 caractères, espaces inclus);
- Nom de l'auteur ou des auteurs;
- Titre d'emploi, grades universitaires et affiliation pour chacun des auteurs ;
- Coordonnées (adresse de correspondance, téléphone et courriel) du premier auteur seulement;
- Résumé français (maximum de 300 mots);
- Résumé anglais;
- Mots-clés en français et en anglais (maximum de six).

RÉSUMÉ

L'article doit être accompagné d'un résumé concis dont le contenu s'en tient aux faits (250-300 mots). Dans le cas d'une recherche empirique, il doit énoncer les objectifs de l'étude, sa structure, l'approche et la méthode retenues, les participants à la recherche, les résultats et la conclusion.

Lorsqu'il s'agit d'autres types d'articles, comme les articles de réflexion théoriques et de transfert des connaissances ou les analyses de politiques, la structure du résumé peut être différente.

Le résumé doit avoir du sens en lui-même et les auteurs doivent le présenter à part. Il est déconseillé d'y inclure des références, mais dans le cas où cela s'impose, la référence doit être complète et ne doit pas renvoyer le lecteur à la liste des ouvrages cités ou à la bibliographie. Les auteurs sont également invités à joindre une version anglaise de ce résumé.

CORPS DU TEXTE

- Texte à double interligne d'au plus 6 250 mots, excluant la bibliographie, de même que les tableaux et figures
- Police Arial, 12 points

HIÉRARCHIE DES TITRES

Bien qu'il existe plusieurs procédés typographiques pour bien hiérarchiser l'information, Drogues, santé et société préconise l'utilisation de titres et de sous-titres mis en relief soit par des majuscules, petites majuscules, minuscules, caractères gras ou taille des caractères. Le mode de présentation par numérotation n'est pas accepté.

Pour quelques exemples de modèles de présentation d'article, cliquer ici : [Houle & Raymond \(2008\)](#), [Légaré \(2008\)](#) et [Lévy & Thoër \(2008\)](#).

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIES

Les références doivent être incluses au texte et présentées entre parenthèses. Par ex. :

(Perreault, 2003), pour un auteur seul

(Landry & Guyon, 2004), pour deux auteurs

(Landry, Guyon & Brochu, 2001), pour trois à cinq auteurs

(Ricaurte et al., 2002), pour six auteurs et plus

Lorsque plusieurs sources sont citées simultanément dans un article, il est préférable de les placer en ordre alphabétique du premier auteur. Par ex. :

(Ciarrocchi, 2002; McCrady et al., 2002; Tremblay, Bertrand & Ménard, 2005).

La bibliographie soumise doit être conforme aux normes suivantes s'inspirant de l'APA, 6^e édition.

Pour une monographie :

Nom, A. (Année). *Titre de la monographie*. Ville, Province ou État (code à deux lettres), ou le pays pour les villes situées à ailleurs dans le monde : Maison d'édition.

Nom, A., Nom, B., & Nom, C. (Année). *Titre de la monographie*. Ville, Province, État ou pays : Maison d'édition.

Par ex. :

- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*. Paris, France : Éditions Management et Sociétés.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior*. New York (NY) : Guilford Press.

Pour un article :

Nom, A. (Année). Titre de l'article. *Titre de la revue*, Volume(numéro), XX-XX.

Par ex. :

- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-120.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 101-109.

Pour une thèse ou un mémoire

Nom, A. (Année). *Titre du document* (Thèse ou Mémoire selon le cas, information sur le grade), Nom de l'établissement d'enseignement.

Par ex. :

- Morin, A. (2008). *Intégration sociale et problèmes sociaux chez les Inuits du Nunavut* (Thèse de doctorat inédite), Université Laval.

Avec un lien Internet :

- Morin, A. (2008). *Intégration sociale et problèmes sociaux chez les Inuits du Nunavut* (Thèse de doctorat inédite), Université Laval. Repéré à <http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/documents/pdf/These-Alexandre-Morin-2008.pdf>

Pour un chapitre dans un ouvrage collectif

Nom, A. (Année). Titre du chapitre. Dans A. Nom & B. Nom (dir.), *Titre de l'ouvrage* (p. début du chapitre-fin du chapitre). Lieu de publication : Maison d'édition.

Par ex. :

- Martin, I., Gupta, R., & Derevenski, J. (2007). Participation aux jeux de hasard et d'argent. Dans G. Dubé (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (p. 125-144). Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Pour un document électronique

Nom de l'organisation ou auteur. (Année). *Titre du document* [Type de document s'il y a lieu].
Repéré à <http://URL>.

Par ex. :

- Pauktuutit Inuit Women's Association. (2004). *Inuit healing in contemporary inuit society*.
Repéré à http://www.pauktuutit.ca/pdf/publications/abuse/AHFNuluaqInuitHealing_e.pdf.

Pour une publication gouvernementale

Nom de l'organisme ou du ministère (Année). *Titre : sous-titre* (Publication no xxx [s'il y a lieu]).
Lieu de publication : Éditeur.

Par ex. :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009). *Principles of drug addiction treatment : A research-based guide*. Second edition (NIH Publication No. 09-4180). Bethesda, Maryland : National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Avec un lien Internet :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Pour une communication entendue lors d'un congrès ou d'une conférence

Auteur, A. (Année, mois). *Titre de la communication*. Communication présentée au [à la] Nom du congrès ou de la conférence, Lieu.

Par ex. :

- Potenza, M. N. (2008, novembre). *Co-occurring disorders un PG: Treatment implications*. Communication présentée au 9th annual NCRG Conference on Gambling and Addiction, Mandalay Bay Hotel and Casino Resort, Las Vegas.

À ne pas oublier :

- Est-ce que toutes les références citées dans l'article se retrouvent dans la bibliographie?
- Est-ce que les dates sont exactes?
- Est-ce que la bibliographie présente les noms d'auteurs par ordre alphabétique?
- Est-ce que les notices bibliographiques sont complètes? Incluant s'il y a lieu le volume et le numéro du périodique.

Pour plus d'information au sujet de ce modèle francisé de présentation de références selon les normes de l'American Psychological Association (APA), les auteurs peuvent se référer au document Citer selon les normes de l'APA, préparé par les bibliothécaires de l'Université de Montréal : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes>

Pour les utilisateurs du logiciel bibliographique EndNote, l'Université de Montréal rend également disponible un fichier de style APA modifié (<http://www.bib.umontreal.ca/LGB/EndNote/styles-bibliographiques.htm>) conforme aux adaptations proposées dans son guide. Il est à noter que le fichier de style francisé pour EndNote est accessible gratuitement, mais que le logiciel EndNote en tant que tel doit être acheté, sauf pour les personnes affiliées à un établissement possédant une licence institutionnelle.

GRAPHIQUES ET FIGURES

Pour des questions de qualité d'image et d'impression, les auteurs sont invités à envoyer leurs graphiques et figures qui proviennent d'une autre source dans un fichier séparé de haute résolution (300 dpi). Il est à noter qu'il est préférable de ne pas utiliser de couleurs, mais une gradation de noir et de gris.