

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
BENOÎT GAUTHIER

FAMILLE ET TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES
ADOLESCENTS : ÉTUDE DE CAS

AVRIL 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

FAMILLE ET TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES
ADOLESCENTS : ÉTUDE DE CAS

PAR

BENOÎT GAUTHIER

Pierre Nolin, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Paule Miquelon, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Stéphane Bujold, évaluateur externe

Centre le Maillon de Laval

Sommaire

La toxicomanie chez les adolescents est une problématique préoccupante à laquelle plusieurs chercheurs se sont intéressés. L'importance d'impliquer la famille dans le traitement de réadaptation fait consensus à travers la littérature. Cependant, la nature de l'influence des différentes variables familiales sur le processus de réadaptation des adolescents en traitement de la toxicomanie demeure peu documentée. *Objectifs.* Le but général de cette étude de cas est de mieux comprendre la contribution (ou non) de l'implication de la famille dans le processus de réadaptation d'adolescents en traitement de la toxicomanie. De plus, nous proposons d'explorer : les perceptions des jeunes en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement depuis leur admission en traitement, les perceptions des parents face au processus de changement de leur jeune et de la famille et les perceptions des cliniciens en regard du processus de changement des jeunes et de leurs familles. *Méthode.* Cette étude s'inscrit dans une recherche plus large réalisée auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents (Bertrand et al., 2009). Le nombre total de participants à la présente étude de cas est de huit personnes, soit trois parents, deux adolescents ainsi que trois cliniciens ayant assuré le suivi de ces familles. Des données quantitatives pré et post traitement ont été recueillies grâce à l'IGT-Ado et au FACES-IV et des données qualitatives ont été

récoltées à l'aide d'entrevues semi-structurées. *Résultats.* Les récits des deux adolescents ont été ponctués de plusieurs points communs : l'expérience de la rechute, l'arrêt de la consommation problématique, la présence du mensonge dans leur discours ainsi qu'une implication parentale mouvante. De plus, il y a eu unanimité aux seins des participants sur l'importance de l'implication des parents dans le traitement de réadaptation en toxicomanie.

Table des matières

<i>Identification du jury</i>	ii
<i>Sommaire</i>	iii
<i>Remerciements</i>	vii
<i>Introduction</i>	1
<i>Recension des écrits</i>	3
La drogue : une embûche au développement.....	4
Consommation de substances et famille	5
La toxicomanie chez l'adolescent et l'implication de la famille dans son traitement...9	
Les limites des connaissances actuelles.....	12
Les objectifs de l'étude	13
<i>Méthode</i>	14
Type d'étude	15
Participants.....	16
Instruments de mesure	19
Déroulement.....	21
Analyses.....	23
<i>Résultats</i>	24
Volet quantitatif : présentation des résultats.....	25
<i>IGT-Ado</i>	25
<i>FACES-IV</i>	27
Volet qualitatif : présentation des résultats.....	29
<i>Portait des deux adolescents</i>	29
<i>Élément déclencheur</i>	32
<i>Présence de rechute</i>	34
<i>Mensonges et communication</i>	34
<i>L'absence des pères et le mouvement de l'implication parentale</i>	37
<i>L'impact sur la fratrie</i>	39
<i>Perceptions des rencontres familiales</i>	40

<i>Discussion</i>	42
<i>Conclusion</i>	50
<i>Références</i>	52
<i>Appendice A</i> : Grilles d'entrevues.....	61
<i>Appendice B</i> : Formulaires de consentement	65
<i>Appendice C</i> : IGT-Ado abrégé	83
<i>Appendice D</i> : FACES-IV	94

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur d'essai, M. Pierre Nolin, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a toujours su me supporter et m'encadrer de sa bienveillance tout au long de mon parcours doctoral. Son ouverture, sa disponibilité ainsi que ses conseils m'ont permis de mener mon projet à terme, et ce, dans une atmosphère de convivialité. Également, je tiens à remercier ma co-directrice, M^{me} Karine Bertrand, professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke, qui, dans cette recherche, a eu une contribution qui est allée bien au-delà de son rôle initial. Sa sensibilité, son professionnalisme et ses constants encouragements m'ont permis de me sentir épaulé et reconnu à chaque étape de cette étude. Merci à Domrémy Mauricie Centre du Québec d'avoir collaborer à cette recherche. Enfin, je voudrais remercier les cliniciens et les deux familles qui ont eu la générosité de participer à cette étude de cas en acceptant de partager leur vécu personnel de la démarche de réadaptation en toxicomanie.

Introduction

La consommation abusive d'alcool et de drogues est une problématique présente dans la société d'aujourd'hui, particulièrement inquiétante lorsqu'on la retrouve chez les jeunes. Selon la dernière enquête épidémiologique québécoise réalisée auprès des jeunes du secondaire, 14 % des élèves présentent une consommation problématique ou à risque de le devenir (Dubé & Fournier, 2007). De plus, les manifestations cliniques de la dépendance au cannabis sont rapportées deux fois plus fréquemment parmi les adolescents que chez les adultes (Chen & Anthony, 2003). Les parents jouent un rôle primordial dans la compréhension du développement d'une telle dépendance tout en étant des acteurs importants pouvant favoriser la réadaptation des adolescents (Kumpfer & Alvarado, 2003). Il s'avère donc pertinent d'étudier l'influence du système parental sur ce processus de réadaptation complexe, d'autant plus que peu de données existent sur la façon dont une telle influence peut opérer (Dennis et al., 2004).

Recension des écrits

La drogue : une embûche au développement

Les adolescents qui consomment de façon problématique du cannabis ainsi que leur famille constituent un sous-groupe important auquel il faut s'attarder. L'Institut de la statistique du Québec (Dubé, Tremblay, Traoré, & Martin, 2007) rapporte que l'âge moyen du début de la consommation régulière de drogues illicites de ces jeunes est aujourd'hui de 13,8 ans et la substance la plus consommée est le cannabis. Selon Fergusson, Horwood, et Swain-Cambell (2002), les jeunes adolescents de 14-15 ans sont plus enclins à développer des conséquences psychologiques négatives de leur consommation régulière de cannabis que leurs pairs âgés de 20-21 ans. Ainsi, il fait consensus que la consommation problématique de drogue, particulièrement chez les plus jeunes, vient interférer avec les tâches normatives du développement (Baumrind & Moselle, 1985; Brewster, 2001 ; Ridenour et al., 2002). Par ailleurs, une forte utilisation de drogue est liée à plus de problèmes de santé physique et mentale qu'une utilisation moins accrue (Aarons, Brown, & Myers, 1998 ; Guyon & Desjardins 2002 ; Luthar & Cushing, 1997). Une consommation de cannabis qui débute plus tôt et qui est plus intensive est aussi associée à une augmentation de plusieurs problèmes tels que : la consommation d'autres substances, les délits criminels, les difficultés scolaires ainsi que le décrochage scolaire (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 2003; Lynksey et al., 2003; Lynskey & Hall, 2000; Patton et al., 2002)

Consommation de substances et famille

Plusieurs recensions des écrits permettent aux auteurs de souligner le rôle central de la famille dans la compréhension des facteurs de risque et de protection de l'abus de substances chez les jeunes (Dufour & Nadeau, 1998; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Kumpfer & Alvarado, 2003). Parmi les principales dimensions familiales étudiées se retrouvent les pratiques parentales, les problèmes de comportement chez les parents, la structure familiale, la qualité des relations familiales ainsi que l'attachement.

En ce qui concerne les pratiques parentales, Steinberg et ses collègues (1994) ont démontré que l'encadrement parental, décrit comme étant la supervision et la connaissance des sorties de l'adolescent de la part des parents, est efficace tant pour prévenir la consommation de drogue des adolescents que pour aider la réduction de cette consommation. Les résultats de plusieurs autres études appuient ce constat qui fait consensus (Baumrind, 1991; Dorius, Bahr, Hoffman, & Harmon, 2004; Munk, 2008; Parker & Benson, 2004; Schmidt, Liddle, & Dakof, 1996). Aussi, les adolescents ayant une dépendance à la drogue ou à l'alcool ont tendance à provenir de familles où il y a une pauvre communication entre les parents et leurs enfants (Riesch, Coleman, Glowacki, & Konings, 1997). Wills et al. (2003) vont dans le même sens en concluant que la communication entre les parents et les adolescents est un facteur de protection contre la consommation de substances.

Par ailleurs, un manque de soutien parental est cité en forte corrélation avec les problèmes liés à une substance et les comportements délinquants chez les adolescents

(Barnes, Farrell, & Cairns, 1986; Hundleby & Mercer, 1987; Simons, Lin, & Gordon, 1998). Une étude longitudinale effectuée auprès de 16 749 adolescents révèle que ceux qui perçoivent plus de soutien de la part de leurs parents sont moins enclins à la délinquance, à une mauvaise conduite à l'école ainsi qu'à l'abus de drogues et d'alcool (Parker & Benson, 2004).

Les problèmes de comportements des parents sont, quant à eux, des facteurs de risque étant cités en relation avec l'usage de drogues des adolescents. La consommation de drogues des parents augmente le risque de consommation de leurs adolescents et ce, de façon significative (Anderson & Henry, 1994; Brook, Brook, & Richter, 2001; Brook, Zhang, Koppel, & Brook, 2008). L'alcoolisme parental est aussi associé à l'augmentation du risque de consommation problématique chez les adolescents (Chassin, Pitts, DeLucia, & Todd, 1999 ; Vitaro, Assaad, & Carbonneau, 2004) ainsi qu'à l'augmentation du risque de voir la consommation de psychotropes débiter de façon précoce (Obot, Wagner, & Anthony, 2001). Enfin, il est également important de souligner que les enfants de parents ayant une dépendance ont de trois à neuf fois plus de chances de développer une dépendance que le reste de la population (Cotton, 1979 ; Schuckit, 1999; Vitaro, Tremblay, & Zoccolillo, 1999).

En ce qui concerne la structure familiale, les liens étroits entre parents et adolescents préviennent l'utilisation de drogues ainsi que la délinquance selon McArdle et al. (2002). Leur étude menée auprès de 3 984 adolescents de 14 et 15 ans vivant avec leurs

deux parents biologiques permet de conclure que tant la qualité des relations familiales que la structure des familles influent significativement mais de façon indépendante sur la consommation de drogues des adolescents. La structure est identifiée par les auteurs comme étant la composition de la famille, soit le fait de vivre avec ses deux parents biologiques ou non. Pour ce qui est de la qualité des relations familiales, ils la caractérisent par le fait de pouvoir se confier à ses parents ainsi que par la présence de supervision parentale. Griffin, Botvin, Scheier, Diaz et Miller (2000) obtiennent des résultats allant dans le même sens concernant la structure familiale et stipulent que les familles biparentales ont la capacité de fournir une plus grande protection contre les comportements à risques tels que la consommation de drogue. Ledoux, Miller, Choquet et Plant (2002) vont encore plus loin en examinant trois structures parentales (biparentale, monoparentale, reconstituée) et en concluant non seulement que les familles biparentales sont un facteur de protection, mais également que ce sont les familles reconstituées qui sont les plus à risque de voir leurs adolescents consommer.

Les caractéristiques du système familial peuvent également être des facteurs importants à considérer dans le développement d'une consommation de drogue problématique. Les résultats d'une étude menée auprès de 29 familles ayant participé à 16 sessions de thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) vont en ce sens. Cette étude confirme l'hypothèse selon laquelle les adolescents qui abusent de drogues sont caractérisés par une scission au sein de la relation parent-adolescent (Schmidt, Liddle, & Dakof, 1996). Cette scission s'exprime par un désengagement tant au niveau émotionnel

qu'au niveau des interactions de tous les jours. Dans le même ordre d'idées, Baumrind (1991) s'est intéressée à l'influence du style parental sur le développement des adolescents. Elle a mis en lumière, entre autres, les caractéristiques des familles désengagées, soit l'absence de demande ou de réponse de la part des parents, le manque de structure et de contrôle, la désorganisation et la présence de problèmes de comportements chez les parents. Les adolescents vivant au sein de ces familles ont démontré la plus grande fréquence de troubles de comportements extériorisés de l'échantillon, plus spécifiquement concernant l'usage de drogues illicites. De plus, il fait consensus que l'utilisation de drogues ainsi que la délinquance des adolescents sont associées négativement avec le niveau d'intimité qu'ils entretiennent avec leurs parents (Brook, Brook, & Richter, 2001; Marshal & Chassin, 2000; Petraitis, Flay, & Miller, 1995). Les conclusions de Fogel (2000), formulées à partir d'une revue de littérature, confirment que l'abus de drogues est associé à moins d'individuation et d'intimité familiale. L'individuation est décrite par l'auteur comme la capacité individuelle de fonctionner de façon autonome sans inconvénients ou sans se sentir excessivement responsable des autres.

Bahr, Marcos et Maughan (1995) rapportent que l'attachement ou le lien familial, décrit par les auteurs comme le fait de se sentir proche et intime ainsi que le fait de percevoir de l'encadrement, de la communication et des activités communes, est associé négativement avec la consommation de substances chez les adolescents, même après avoir tenu compte de l'influence des pairs. Lee et Bell (2003) renchérissent avec leur

étude démontrant qu'un haut degré d'attachement et d'autonomie est associé à de meilleures compétences sociales et d'adaptation, à moins de consommation de cannabis ainsi qu'à moins de problèmes liés à la consommation de substances. Brook, Nomura et Cohen (1989) vont également en ce sens en stipulant que selon leur étude longitudinale, plus les adolescents se sentent détachés, insatisfaits, déçus ou en colère envers leurs parents, plus ils sont susceptibles de devenir des utilisateurs de drogues. En outre, le détachement paternel et maternel est associé à une plus grande utilisation de marijuana chez les adolescents (Brook, Brook, Gordon, Whiteman, & Cohen, 1990).

La toxicomanie chez l'adolescent et l'implication de la famille dans son traitement

Plusieurs de ces résultats qui documentent le rôle de la famille au plan du développement de l'abus de substances chez les adolescents appuient l'importance d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie (Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Henggeler, Borduin, & Mann, 1993; Liddle & Dakof, 1995a, 1995b). Depuis plus de 20 ans, l'efficacité des approches de traitement familial auprès d'adolescents qui abusent de substances a été démontrée et a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs (Bukstein, 2000; Farrington & Welsh, 1999; Liddle et al., 2001; Liddle & Dakof, 1995a; Szapocznik et coll. 1983; 1989; Szapocznik & Kurtines, 1989). Deas et Thomas (2001), en se basant sur une revue de littérature des traitements auprès des adolescents consommateurs de drogues, en sont venus à la conclusion que les traitements basés sur le système de la famille ont davantage fait l'objet d'études évaluatives que tout autre traitement. Les résultats suggèrent que ce type de thérapie est

efficace pour traiter les adolescents ayant un problème de consommation. Certaines études tendent même à documenter la supériorité des approches familiales face aux différentes approches dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Diamond, Serrano, Dickey, & Sonis, 1996; Liddle & Dakof, 1995b; Stanton & Shadish, 1997).

Bien que les données soient insuffisantes pour conclure à une supériorité claire d'une approche sur une autre, il existe un large consensus sur la pertinence d'impliquer la famille dans le traitement des adolescents qui abusent de substances, notamment pour favoriser la persistance au traitement et son efficacité (Broome, Joe, & Simpson, 2001; Santé Canada, 2001; Tremblay, Bertrand, & Ménard, 2005). Ce consensus d'experts sur la pertinence clinique d'impliquer la famille est également appuyé par quelques résultats d'études qui s'attardent aux indicateurs de l'efficacité des traitements. Dans une large étude effectuée auprès de 2 317 adolescents, Hsieh, Hoffmann et Hollister (1998) ont découvert qu'une plus grande implication de la part des parents dans le traitement, implication mesurée en terme de présence des parents aux rencontres Alanon/Alateen, est associée à des taux plus élevés d'abstinence chez les jeunes durant les six mois suivant le traitement. Les travaux de Schmidt, Liddle et Dakof (1996) permettent aussi de documenter une association significative entre l'amélioration des aptitudes parentales et la réduction de la symptomatologie (i.e. nature de la drogue consommée, fréquence de la consommation, nombre de drogues consommées) des adolescents consommateurs. Whitney, Kelly, Myers et Brown (2002) en sont venus aux mêmes conclusions en

affirmant qu'une amélioration du fonctionnement familial est associée à une réduction de la consommation chez des adolescents en traitement pour la toxicomanie. Stewart et Brown (1993) ont, quant à eux, découvert qu'une meilleure communication et cohésion familiales sont liées à des améliorations face à la consommation chez les adolescents suite à un traitement en toxicomanie. Ces résultats suggèrent que la communication au sein de la famille (Terjanian, 2002) et le soutien parental (Williams & Chang, 2000) sont des dimensions qui devraient être ciblées pour favoriser la réadaptation des jeunes en traitement de la toxicomanie.

Hormis l'influence de la consommation des adolescents sur les aspects relationnels de la famille, elle provoque également un haut niveau de stress chez les membres de la famille, stress qui peut amener des problèmes psychologiques et physiques importants (Bancroft, Carty, Cunningham-Burley, & Backett-Millburn, 2002; Barnard, 2005; Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006; Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Orford et al., 1998; Velleman et al., 1993). Voilà qui justifie encore une fois l'importance de l'implication de la famille dans le traitement tant pour contribuer à l'amélioration de l'état des adolescents face à leur dépendance que pour aider la famille dans son ensemble. Par contre, il n'en demeure pas moins que les mécanismes par lesquels l'implication des parents pourrait ou non contribuer à ces améliorations sont encore mal connus.

Les limites des connaissances actuelles

L'importance du rôle de la famille pour comprendre le développement des problèmes de toxicomanie chez l'adolescent est un aspect bien documenté. Cependant, il est souvent difficile de départager les impacts de la toxicomanie sur le système familial des caractéristiques familiales qui ont contribué au développement du problème de toxicomanie. En outre, la nature de l'influence des différentes variables familiales sur le processus de réadaptation des adolescents en traitement de la toxicomanie demeure une avenue peu explorée. Ceci est dû au fait que les chercheurs se sont principalement attardés à l'efficacité de protocoles de traitement plutôt qu'à la façon dont ces derniers peuvent agir sur le processus de réadaptation des adolescents (Dennis et al., 2004). Les "ingrédients" communs aux différentes modalités d'intervention familiales qui peuvent expliquer les résultats thérapeutiques sont donc peu connus.

De plus, les données sur le vécu des individus ainsi que sur leurs perceptions concernant leur processus de réadaptation en toxicomanie sont très peu répertoriées (Bertrand & Nadeau, 2006; Mercier & Alarie, 2000; Nadeau, Landry, Bertrand, & Acier, 2007). Cette perspective subjective, décrite par l'individu, est composée de significations et de sentiments personnels et est reconnue pour apporter des pistes d'intervention adaptées aux besoins, désirs et capacités des acteurs (Poupart, 1997). Le recours à différents points de vue d'acteurs clés concernant le même sujet permet d'augmenter la validité des conclusions (Miles & Huberman, 1994). C'est pourquoi, la présente étude propose, par l'analyse de deux études de cas, de recueillir les perceptions

des adolescents, parents et cliniciens sur le rôle joué par la famille dans le processus de réadaptation afin d'obtenir une source de données riche et encore peu explorée.

Les objectifs de l'étude

La présente étude a pour but général de mieux comprendre la contribution (ou non) de l'implication de la famille dans le processus de réadaptation d'adolescents en traitement de la toxicomanie. Pour ce faire, cette recherche documentera l'évolution des problèmes liés aux substances ainsi que les caractéristiques du système familial chez deux familles ayant reçu des services spécialisés en toxicomanie. De plus, nous proposons d'explorer les perceptions des jeunes en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement depuis leur admission en traitement. L'étude permettra également d'explorer les perceptions des parents face au processus de changement de leur jeune et de la famille. De plus, il y aura exploration des perceptions des cliniciens en regard du processus de changement des jeunes et de leurs familles ainsi que de l'influence de ces dernières sur le traitement.

Méthode

Type d'étude

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus large réalisée auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents (Bertrand et al., 2009). La présente recherche, de nature exploratoire, est une étude de cas portant sur deux familles et ayant pour objet l'influence de la famille dans le processus de réadaptation d'un adolescent toxicomane. Les études de cas sont largement utilisées comme outil de recherche (Hamel, 1992 ; Perry & Kramer, 1986) et permettent de prendre en compte les caractéristiques holistiques et significatives des événements de vie étudiés (Hentz, 2006). Elles ont également comme caractéristiques d'être des études en profondeur et sont considérées comme une méthode de premier choix à l'intérieur de l'approche inductive (Hentz, 2006). Compte tenu des objectifs de cette étude qui ciblent la compréhension en profondeur des processus de changements complexes et étant donné la rareté des données dans le domaine étudié, ce type d'approche inductive et exploratoire est particulièrement indiqué (Poupart, 1997). Aussi, cette étude s'intéresse aux trajectoires des jeunes dans une perspective phénoménologique, ce qui permet également de s'attarder à la signification que l'acteur social accorde aux événements (Poupart, 1997). C'est l'interprétation que l'individu fait de sa situation et de ses expériences qui est ciblée, cette subjectivité influençant en elle-même son devenir (Mucchielli, 1996). Dans la présente étude, les expériences seront traitées selon les

perceptions de trois catégories d'acteurs: les adolescents, les parents et les cliniciens. Ce devis comprend également une composante quantitative longitudinale : la cueillette de données quantitatives sur la gravité des toxicomanies et sur le fonctionnement familial à l'entrée en traitement et au suivi de six mois pour les deux participants. Une dernière mesure a également été prise, soit à 17 mois après l'entrée en traitement pour le premier participant et à 32 mois pour le second. Ces données quantitatives longitudinales viennent ajouter à la validité des conclusions (Miles & Huberman, 1994).

Participants

Les participants ont été ciblés à l'intérieur de l'échantillon de l'étude plus large qui comprenait 199 adolescents âgés entre 14 et 18 ans. Ces adolescents étaient soit en centre de réadaptation externe (n=97), soit en centre résidentiel interne (n=102). Cet échantillon était composé à 59,8% de garçons et 40,2% de filles (Bertrand et al., 2009). Les critères d'inclusion de l'étude de cas pour la sélection des participants étaient quant à eux : 1) Avoir accepté d'être contacté pour d'autres recherches qui s'inscriraient dans la suite de la plus large étude; 2) Avoir été suivi par un intervenant d'un centre externe en toxicomanie (DMCQ) ayant accepté de participer à ce projet d'étude de cas; 3) Avoir eu un suivi d'au moins 5 heures en individuel dans une approche combinant l'approche motivationnelle et cognitive comportementale (Webb, Scudder, Kaminer, & Kadden, 2002); 4) Être un adolescent âgé entre 14 à 17 ans, consommateur de drogues depuis au moins deux ans; 5) Être l'enfant d'une famille bi-parentale pouvant inclure le beau-père ou la belle-mère; 6) Avoir au moins un parent ayant été impliqué dans le traitement.

Pour assurer une certaine homogénéité entre les participants, les critères d'exclusion étaient: 1) Être l'enfant d'une famille ayant des problématiques de violence, maltraitance ou négligence se retrouvant dans l'IGT-ADO; 2) Être un adolescent consommateur de drogues dures : cocaïne, héroïne, crystal meth. En ce qui concerne les intervenants en toxicomanie, ils devaient avoir suivi une famille correspondant aux critères préétablis. Le nombre total de participants à cette étude de cas est de huit personnes, soit trois parents, deux adolescents ainsi que trois cliniciens ayant assuré le suivi de ces familles. La première famille est constituée de deux participants pour l'étude, soit la mère ainsi que son fils. Le père n'a pas accepté de participer à l'étude plus large, participation nécessaire afin de prendre part à la présente étude. L'adolescent était âgé de 17 ans lors de son entrée en traitement et de 21 ans lors de la rencontre post-traitement. Son plus haut niveau de scolarité complété est un quatrième secondaire. Il habite avec ses deux parents biologiques qui n'ont jamais été séparés. La mère, âgée dans la mi-quarantaine, a un diplôme d'études collégiales et un revenu se situant entre 30 000 \$ et 39 000 \$. Elle vit en union libre avec le père de l'adolescent. En lien avec cette famille, un clinicien participe à l'étude. Il s'agit de l'intervenant qui a rencontré la famille et qui a assuré le suivi de l'adolescent tout au long du traitement. En ce qui a trait à la fréquence d'utilisation des services en toxicomanie pour cette famille, voici comment elle se répartit : l'adolescent a reçu un traitement dans un centre externe s'étalant sur une période de 27 semaines, totalisant 14 rencontres d'une durée totale de 15 heures 45

minutes, la mère quant à elle a assisté à une rencontre avec le centre externe, d'une durée de 1 heure et 45 minutes.

Les participants de la seconde famille sont une adolescente et ses deux parents biologiques. La jeune fille était âgée de 15 ans à l'entrée en traitement et de 17 ans lors de la rencontre post-traitement. Elle a complété sa troisième année du secondaire au programme régulier et habite avec sa mère. Ses parents se sont séparés lorsque l'adolescente avait huit ans. La mère se situe dans la mi-cinquantaine, elle rapporte un revenu entre 20 000 \$ et 29 000 \$ par année et n'a pas complété ses études collégiales. Le père, pour sa part, est également âgé dans la mi-cinquantaine. Il a un revenu de plus de 50 000 \$ et a complété sa cinquième année du secondaire. Deux cliniciens ayant accepté de participer à la recherche ont suivi cette famille. Le premier est celui étant responsable du suivi individuel avec l'adolescente, tandis que le second est celui s'étant occupé du volet familial avec les deux parents. L'utilisation des services en centre externe chez cette famille a été la suivante : l'adolescente a participé à deux rencontres s'étalant sur six semaines et ayant une durée totale de six heures 30 minutes, la mère a pour sa part assisté sur une période de 25 semaines, à 13 rencontres totalisant une durée de 18 heures et 15 minutes, le père a participé à deux rencontres sur une période de trois semaines, pour un total de trois heures et 45 minutes.

Instruments de mesure

L'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents* (IGT-ADO) est un instrument élaboré à partir de la traduction de l'Addiction Severity Index (IGT/ASI), instrument validé et largement utilisé auprès des adultes (McLellan, Luborsky, & Earlen, 1980). L'IGT-ADO a été validé auprès d'adolescents québécois et montre de bonnes qualités psychométriques (Landry, Guyon, Bergeron & Provost, 2002). Il évalue la gravité des problèmes à l'aide de huit échelles différentes : alcool, drogues, santé physique, occupation (travail, loisir, école), état psychologique, relations interpersonnelles, relations familiales, système social et judiciaire. Pour les fins de cette recherche, seules les échelles alcool, drogue et relations familiales ont été utilisées. Un résultat standardisé est obtenu à partir d'un ensemble d'indicateurs présents au sein de chacune de ces échelles. Ces résultats s'expriment en décimales et se situent entre 0 et 1.

En ce qui a trait au second outil utilisé, le Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales (FACES-IV)(Olson, Gorall, & Tiesel, 2004), celui-ci est un instrument validé qui a pour but d'évaluer le fonctionnement familial selon la perspective de chaque membre de la famille. Le fondement théorique du FACES-IV repose sur ce que les auteurs ont appelé le Circumplex Model. Ce modèle est composé de deux concepts du fonctionnement familial, soit la *cohésion* et l'*adaptabilité*. La *cohésion* est définie comme étant les liens émotifs qu'entretiennent les membres les uns envers les autres. L'*adaptabilité*, quant à elle, est identifiée comme la capacité du système familial à changer ses rôles, ses règles ainsi que sa structure en réponse à un

changement développemental ou à une situation de stress. Ces deux concepts ont chacun leur continuum délimité par leurs positions extrêmes, de sorte que sur le premier continuum, celui de la *cohésion*, un côté tend vers les familles *enchevêtrées* (trop grande proximité) tandis que l'autre tend vers les familles *désengagées* (trop grande distance). Pour ce qui est de l'*adaptabilité*, elle est représentée d'un côté par les familles *rigides* (peu de changements) et de l'autre par les familles *chaotiques* (trop de changements). Ces deux continuums se croisent en leur point milieu, permettant la répartition des familles sur ces deux dimensions. Selon la théorie des auteurs, une famille dite « équilibrée » se retrouve au point milieu de ces deux continuums. Deux échelles supplémentaires sont également présentes, soit celle de la *satisfaction familiale* et celle de la *communication familiale*.

La présente étude s'appuie également sur des entrevues individuelles en profondeur de type semi-structuré, méthodologie utilisée par divers auteurs des domaines de la toxicomanie et de la déviance (Bertrand & Nadeau, 2006; Brunelle, 2001 ; Carra, 2005; Kokoreff, 2005). En effet, pour recueillir le point de vue subjectif de différents acteurs, notamment dans une perspective phénoménologique, le choix de l'entrevue en profondeur s'avère particulièrement indiqué (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1996). Trois catégories d'entrevues ont été réalisées : celles auprès des parents, celles auprès des adolescents et celles auprès des cliniciens. Dans le but d'obtenir les perceptions de chaque acteur sur le même processus de changement pour ensuite les croiser à l'analyse, les trois entrevues abordent les mêmes thèmes et de façon similaire. Ces thèmes sont la

perception du processus de changement de l'adolescent, la perception du processus de changement de la famille, la contribution de la famille au processus de changement, les difficultés rencontrées ainsi que l'expérience vécue au cours des rencontres familiales. Ces entrevues s'attardent à l'expérience des participants débutant à l'entrée en traitement et allant jusqu'au moment des entrevues à 17 et 32 mois. (voir Appendice A).

Déroulement

Par le biais de trois intervenants d'un centre externe en toxicomanie ayant accepté de collaborer à la recherche, deux familles ont été ciblées conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés précédemment. Elles ont été rejointes selon leur accord à être recontactés dans les trois prochaines années dans le but de participer à d'éventuelles recherches. Cet accord se retrouve dans le formulaire de consentement de la recherche plus large.

Afin d'obtenir un consentement libre et éclairé, les participants ont été informés des implications du projet lors du contact téléphonique : permettre au chercheur d'accéder aux résultats des deux questionnaires (IGT-ADO et FACES-IV) au temps zéro et deux de l'étude plus large (entrée en traitement, suivi de six mois), remplir le FACES-IV pour les parents et les adolescents, compléter l'IGT-Ado Abrégé pour l'adolescent et participer à une entrevue semi-structurée d'environ une heure (parents et adolescents vus séparément). Ils ont également été informés de la divulgation des informations (non nominatives) recueillies de chaque membre (parents, adolescents, cliniciens) ainsi que le

risque d'être identifiés par les autres participants de la recherche et de pouvoir les identifier à leur tour en raison du faible nombre de participants. Ce risque est également mentionné dans le formulaire de consentement de chacun des participants (voir Appendice B). Un formulaire de confidentialité a été signé par les cliniciens pour qu'aucun renseignement identitaire ne soit divulgué. Les familles ont été rencontrées respectivement 32 mois et 17 mois suite à l'initiation de la démarche en toxicomanie.

Chaque participant a reçu une compensation d'une valeur de dix dollars pour la participation à la recherche. Les parents ont reçu ce montant en argent tandis que les adolescents en ont bénéficié sous forme d'un certificat-cadeau valable dans un cinéma. Comme la recherche ne fait l'objet d'aucune subvention, ces fonds ont été tirés de la subvention du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) que possède Pierre Nolin, Ph.D, directeur du présent projet de recherche.

Les questionnaires, formulaires de consentement et résumés des entrevues sont gardés sous clé dans un classeur d'un local de recherche, lui-même fermé à clé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Classeur que seul le chercheur principal, Pierre Nolin et les co-chercheurs, Karine Bertrand et Benoît Gauthier ont accès. Ceux-ci seront détruits par Pierre Nolin, cinq ans après le début du projet de recherche. Cette étude a fait l'objet d'une approbation par le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT/2006-051) ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-06-112-07.18).

Analyses

En ce qui concerne les données quantitatives de l'IGT-Ado et du FACES-IV, des analyses descriptives et comparatives ont été menées pour comparer les mesures pré et post traitement. Pour les données qualitatives, la méthode d'analyse de contenu thématique (Ghiglione & Matalon, 1978) a été utilisée. Une analyse verticale de chacune des entrevues a été effectuée à l'aide du verbatim, des fiches signalétiques et des notes préliminaires. Cette démarche permet de découvrir des unités de signification et d'élaborer des catégories conceptuelles détaillées. Une analyse horizontale et transversale a été faite à partir des comparaisons entre les entrevues permettant d'identifier les thèmes récurrents (Miles & Huberman, 1994). Le contenu de ces entrevues a été comparé afin de faire ressortir les points communs et les divergences entre les perceptions des personnes impliquées. De plus, une analyse a ciblé l'implication de la famille en traitement mais également l'influence de celle-ci sur le processus à l'extérieur du cadre des rencontres.

Résultats

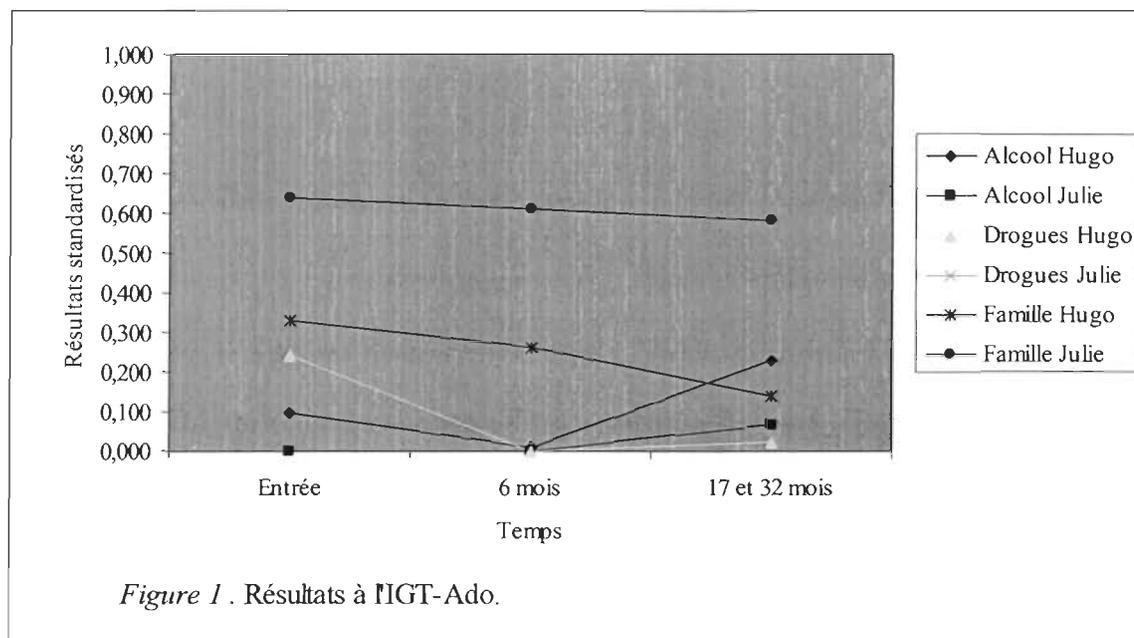
L'analyse des résultats permet d'abord d'illustrer les trajectoires empruntées par les deux adolescents pour ensuite mettre l'emphase sur les processus et les dynamiques qui ont influencé leurs démarches. Les deux consommateurs d'amphétamines partagent beaucoup de points communs tant dans leur histoire de vie que dans leur démarche. Que ce soit la réduction de la consommation, l'amélioration du climat familial, le mouvement de l'implication parentale ou le travail sur la communication, tous ces aspects semblent avoir eu un impact important sur leur trajectoire respective.

Volet quantitatif : présentation des résultats

IGT-Ado. En ce qui concerne les mesures quantitatives prises à l'entrée en traitement, puis à six mois et finalement à 32 mois après le traitement pour Hugo¹ et à 17 mois pour Julie², les résultats standardisés de l'IGT-Ado en regard de la gravité des problèmes d'alcool et de drogues des deux adolescents vont tous deux dans le sens d'une réduction globale de la consommation (voir la *Figure 1*).

¹ Nom fictif

² Idem



Dans le cas de Hugo, sa consommation de drogues a diminuée de façon marquée après six mois de traitement pour ensuite avoir une légère augmentation à 32 mois. Julie quant à elle, obtient des résultats sensiblement similaires avec une consommation de drogues diminuant de façon constante à chaque temps de mesure suivant l'entrée en traitement, soit à six mois et à 17 mois. Au niveau de la consommation d'alcool, Hugo a effectué une diminution à six mois mais une augmentation marquée à 32 mois, dépassant même la consommation d'alcool initiale. Cependant, l'adolescent n'identifiait pas cette consommation comme étant problématique. Pour Julie, aucune consommation d'alcool n'a été relevée à l'entrée au traitement ni au suivi de six mois, par contre une légère consommation a été observée à 17 mois après l'entrée en traitement. Quant à la gravité des problèmes familiaux, on note une diminution graduelle et constante pour les deux adolescents de l'entrée en traitement, au suivi de six mois jusqu'aux derniers temps de mesure.

FACES-IV. Les résultats au *FACES-IV* des deux adolescents vont également dans la même direction, soit dans celle d'une amélioration des rapports avec leur famille respective. En ce qui à trait à la *satisfaction familiale*, les deux adolescents obtiennent les mêmes résultats, c'est-à-dire une augmentation au suivi de six mois puis une légère diminution à 17 mois pour Julie et à 32 mois pour Hugo. Les résultats pour la *communication familiale* des deux adolescents suivent exactement les mêmes fluctuations que pour la *satisfaction familiale*. Le ratio total, calculé grâce aux résultats de chaque échelle du questionnaire, suit également la même tendance, soit une augmentation au six mois puis une diminution au derniers temps de mesure. La nuance par rapport à ce résultat est que selon ce ratio, la famille de Hugo serait un système plus « équilibré » que celle de Julie, qui aurait une tendance à être un système plus « déséquilibré ».

Le *FACES-IV* classe les familles selon des catégories déterminées par six regroupements (« cluster »), elles sont : *équilibrées*, *rigidement cohésives*, *tendance moyenne*, *flexiblement déséquilibrées*, *chaotiquement désengagées* et *déséquilibrées* (traduction libre). Selon les résultats obtenus par Hugo, à l'entrée en traitement, sa famille se situait dans la *tendance moyenne*, caractérisée comme une famille n'ayant pas un haut niveau de forces ni de faiblesses. Au suivi de six mois, sa famille se situait dans la catégorie *équilibrée* se définissant comme une famille ayant un haut niveau de fonctionnement sain et un faible niveau de fonctionnement problématique. Au dernier temps de mesure, soit 32 mois, la famille de Hugo était

toujours classée dans cette catégorie. Pour ce qui est de la famille de Julie, aux trois temps de mesure, elle a été catégorisée comme *déséquilibrée* selon les résultats de l'adolescente. Ce type de famille est caractérisé comme celui ayant le fonctionnement le plus problématique.

En ce qui à trait aux résultats des parents au FACES-IV, ceux-ci diffèrent sur quelques points. La mère de Hugo, au niveau de la *satisfaction familiale*, obtient un résultat qui se maintient à l'entrée en traitement et au suivi de six mois, pour ensuite diminuer au dernier temps de mesure de 32 mois. Pour la *communication familiale*, les résultats de la mère se sont améliorés à chaque temps de mesure. Les parents de Julie quant à eux, obtiennent des résultats à l'échelle de la *satisfaction familiale* qui diminuent entre l'entrée en traitement et le suivi de 17 mois. Au niveau de la *communication familiale*, les deux parents n'obtiennent pas les mêmes résultats. La mère de Julie a un résultat semblable à l'entrée en traitement et au suivi de six mois, mais une légère diminution à 17 mois. Le père de Julie, quant à lui, a un résultat qui diminue à six mois mais qui revient à son point de départ lors de la dernière mesure. En ce qui concerne le ratio total, la mère de Hugo obtient un résultat s'améliorant à chaque temps de mesure tandis que les deux parents de Julie obtiennent des résultats ayant la tendance inverse.

À propos des différents types de familles, la mère de Hugo obtient des résultats allant dans le même sens que son fils, soit vers une amélioration. Cependant, le portrait qu'elle obtient est un peu plus négatif, passant d'une famille *déséquilibrée* à une famille à

tendance moyenne. Les parents de Julie obtiennent quant à eux des résultats différents. Sa mère situe sa famille dans la *tendance moyenne* à l'entrée du traitement ainsi qu'au dernier suivi de 17 mois. Par contre, au suivi de six mois, les résultats placent sa famille dans la catégorie *rigidement cohésive*, caractérisée par un bon fonctionnement à l'occasion, mais également des difficultés à opérer des changements. Pour sa part, le père a obtenu des résultats situant sa famille dans la *tendance moyenne* à l'entrée et au six mois du traitement, mais *chaotiquement désengagée* au suivi de 32 mois. Ce type de famille est décrite comme ayant un haut niveau de désorganisation et une faible capacité de changement. Malgré quelques points de vue divergents, tous semblent avoir vécu un changement dans leurs perceptions de leurs familles respectives. Ces changements seront maintenant abordés de façon phénoménologique à travers les témoignages des différents participants.

Volet qualitatif : présentation des résultats

Portait des deux adolescents. Les récits des deux participants ainsi que les données de leurs IGT-Ado permettent de dresser un portrait global de leur histoire et de leur trajectoire de consommation.

Hugo

Hugo provient d'une famille de trois enfants, ayant deux frères plus jeunes. Ses parents vivent ensemble avec le reste de la famille. L'adolescent était un jeune sportif qui pratiquait principalement le hockey, et ce, depuis la sixième année du primaire. Ses premières expérimentations avec la drogue, soit le cannabis, ont été faites à l'âge de 10

ans. Sa consommation a augmenté petit à petit jusqu'à sa cinquième année du secondaire, année durant laquelle les problèmes par rapport à la drogue sont devenus plus sérieux. À ce moment, Hugo prenait des amphétamines et sortait fréquemment. La situation à l'école était plutôt difficile puisque l'adolescent avait échoué plusieurs années scolaires. Il s'est retrouvé dans la section pour adultes de l'école secondaire, où sa présence aux cours était irrégulière. Parallèlement, il jouait toujours avec son équipe de hockey, malgré le fait que sa consommation était présente dans chaque moment de la journée. Il rapporte que: « ...moi j'étais sur le party tout le temps pis tsé j'étais ben allumé tout le temps ». Ce train de vie l'a amené à être renvoyé de l'école ainsi que de son équipe de hockey. Cette dernière qui, à cause de ses comportements, s'est vue éliminer des séries éliminatoires. Quelques jours plus tard, Hugo a abandonné l'école et a fait avec l'aide de ses parents, un arrêt de consommation d'amphétamines en demeurant dans la maison familiale et en prenant part à un suivi externe en toxicomanie. À ce moment, l'adolescent avait 17 ans. De leur côté, les parents sont également allés chercher de l'aide en tant que couple avec un thérapeute en pratique privée en plus de participer à quelques rencontres de groupes de parents offertes par le centre en toxicomanie. Hugo a réussi à ne pas consommer pendant neuf mois consécutifs avant de rechuter. Rechute qui a été de courte durée puisque, par la suite, il a repris là où il avait laissé. Il s'est inscrit dans une formation professionnelle et a même tenté sa chance avec l'armée. Aujourd'hui, Hugo a 21 ans et suit toujours sa formation professionnelle. Il consomme de l'alcool de façon occasionnelle, ne retouche plus au cannabis et aux amphétamines, la substance qui lui avait causé davantage de problèmes.

Julie

Julie, à l'instar de Hugo, provient elle aussi d'une famille de trois enfants. Sa sœur et son frère sont plus âgés et ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 8 ans. Depuis ce temps, c'est sa mère qui en a la garde. La première consommation de Julie a été du cannabis lorsqu'elle avait 14 ans. La drogue de choix de Julie est devenue par la suite les amphétamines. Cette substance lui permettait de se sentir mieux dans sa peau et lui donnait l'impression d'avoir le contrôle. Un jour qu'elle en avait une grande quantité sur elle à l'école, elle s'est fait prendre par des policiers qui lui ont exigé de rencontrer une intervenante en milieu scolaire. Suite à cette rencontre, elle a été référée dans un centre externe en toxicomanie et de là, elle a entamé sa démarche. À ce moment, l'adolescente était âgée de 16 ans et consommait habituellement à chaque jour. Parallèlement aux services que recevait leur fille, les parents ont également rencontré un intervenant et aussi participé à quelques groupes de parents. Julie a ensuite été référée dans un centre résidentiel de traitement de la toxicomanie. Cependant, en attendant son admission, elle a dû être hospitalisée en raison d'une surconsommation d'amphétamines. Son séjour au centre résidentiel lui a été très bénéfique selon ce qu'elle rapporte et lui a permis de maintenir une abstinence pendant six mois. Peu de temps après sa sortie, l'adolescente a rechuté tout d'abord avec le cannabis, pour ensuite revenir à sa consommation de choix, les amphétamines. Sa mère a fait appel à la police suite à une autre découverte de substance, mais cette fois, au domicile familial. Après cet événement, Julie a repris son arrêt de consommation et a jugé bon de quitter l'école pour se trouver un travail et

changer de milieu. Aujourd'hui, l'adolescente a 17 ans, elle a toujours son travail et a recommencé l'école dans la section des adultes. En ce qui a trait à sa consommation, elle n'a pas plus consommé d'amphétamines et boit occasionnellement de l'alcool.

Ces démarches ont été vécues par les adolescents, mais également par leur famille ainsi que leurs cliniciens. C'est pourquoi tous ces acteurs ont partagé leur point de vue sur la démarche des adolescents. Les mensonges, la communication, l'implication parentale ainsi que le vécu positif des rencontres familiales semblent avoir été des thèmes centraux pour la majorité d'entre eux.

Élément déclencheur. Dans les deux récits des adolescents de cette étude, plusieurs correspondances peuvent être mises en relation. La première se situe au début de leurs démarches : l'élément déclencheur. Dans les deux cas, la décision de mise en action pour une démarche en toxicomanie a été provoquée par un événement extérieur aux adolescents, significatif, lié directement aux conséquences de la consommation du jeune. Pour Hugo, le déclencheur s'est produit dans le cadre de son implication dans une équipe sportive :

Pis là ça adonné que ça s'est jase un peu, il y a quelqu'un qui a su, le coach l'a su (que Hugo avait été renvoyé de l'école et qu'il n'avait pas le droit de jouer avec l'équipe), pis là hmmm... quand il l'a su il a tout de suite avisé les autorités de la ligue. Pis tsé, on était rendu en grande finale au secondaire. Fais que ça fait que tout mon club a été éliminé à cause que toutes les games qu'on avait gagnées pendant ce temps là, on les avait perdues.

L'identification de cet élément déclencheur est également semblable chez la mère de même que chez le clinicien ayant suivi les parents. Peu de temps après cet épisode très intense en émotions, l'adolescent s'est mobilisé dans un processus de réadaptation en toxicomanie. Pour sa part, Julie rapporte également un élément déclencheur en lien avec un événement de vie significatif lié à des conséquences immédiates de sa consommation, cette fois vécu dans son milieu scolaire :

...je me suis fait prendre dans le fond. Je consommais beaucoup pis j'avais, j'avais beaucoup de consommation sur moi pis, je sais pas, les polices étaient là pis, ils m'ont trouvé genre. Pis là ils m'ont dit, là il faut que tu rencontres l'intervenante de ton école.

La mère de l'adolescente relate également ce fait comme un point tournant vers la démarche. Cependant, le père de Julie ne situe pas l'élément déclencheur au même moment, mais plus tard dans la trajectoire lorsque la vie de l'adolescente est en danger :

Ben oui, elle a manqué, elle a manqué crever, mais, non non, moi tout de suite quand j'ai appris que, moi ils m'ont caché ça un bout de temps, quand j'ai appris qu'elle se droguait, tabarnouche, à l'âge qu'elle avait pis tout, pis ce qu'elle prenait, faut que ça arrête.

La différence d'opinion du père, par rapport à l'élément déclencheur, peut être liée à ce qu'il nomme dans la citation plus haut, à savoir qu'il n'a pas eu accès à certaines informations dès le départ. Le fait que dans les deux trajectoires, l'élément déclencheur des démarches prend ancrage à l'extérieur des individus (en opposition avec leur réalité interne) laisse entrevoir une hypothèse. Comme le mentionnent plusieurs auteurs (Baumrind & Moselle, 1985; Brewster, 2001 ; Ridenour et al., 2002), la consommation interfère avec les tâches normatives du développement, ce qui amenuise les aptitudes à

l'introspection des adolescents et par le fait même, donne une place plus importante aux actions et aux événements.

Présence de rechute. Pour Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), la rechute fait partie du processus de changement, non pas qu'elle soit obligatoire, mais elle est considérée comme une étape par laquelle peuvent passer les individus. En ce qui concerne Hugo et Julie, les deux adolescents ont fait l'expérience de la rechute dans leur cheminement respectif. Pour la jeune fille, elle raconte que ce bref retour à la consommation avait pour but d'aller mettre à l'épreuve ses anciennes conceptions de plaisir reliées aux substances. Julie va même jusqu'à admettre que ce geste était prémédité :

Mais j'ai rechuté, avant de rechuter là, j'ai rechuté dans ma tête. Ça faisait longtemps que je savais que j'allais rechuter dans six mois. Je suis allée chercher mon diplôme, mais je savais que j'allais rechuter (...) je me disais, tsé avant quand je prenais du speed, me semble que j'avais la certitude de qui j'étais pis j'avais pas d'émotions (...) j'en ai refait et ça n'a vraiment pas fait ça.

Pour Hugo, moins d'informations sur la rechute ont été divulguées, par contre, sa mère mentionne assez d'éléments pour illustrer clairement l'état de son fils à ce moment :

...il a échappé au bout de neuf mois. Pis il en a fait, un soir. Et il nous l'a dit tout de suite le lendemain et il était jeté à terre : J'ai plus mon neuf mois en arrière de mois, je viens de retomber.

Mensonges et communication. Tout au long de leurs récits, les deux adolescents ainsi que leurs parents rapportent fréquemment que les mensonges teintaient de beaucoup leurs relations. Souvent, pour cacher leurs consommations à leurs parents ou même pour

tenter de les épargner, les adolescents s'enlisent dans la spirale du mensonge. Pour Hugo, l'association semble être évidente : « Tsé on s'entend que ça, la drogue, ça occasionne le mensonge là, veut veut pas, quand tu en prends, tu vas mentir. » Parfois, cette spirale devient tellement importante qu'elle en vient à être une seconde réalité que les adolescents exposent aux personnes impliquées comme le rapporte Julie : « J'avais comme la vie, pis j'avais la vie que je montrais à ma mère de moi, mais ce n'était pas ça pis je ne pouvais pas être vraiment... ma mère ne pouvait pas vraiment me comprendre (...) » Comme le souligne l'adolescente, ce genre de situation ne facilite en rien les relations avec les proches et a un impact direct sur la communication ainsi que sur le lien de confiance, impact qui peut laisser des traces même après l'arrêt de consommation. C'est pourquoi, encore aujourd'hui, ses parents ne peuvent être garants de la franchise de leur fille comme en témoigne le père : « Là, aujourd'hui, on dit qu'elle ne consomme plus, pis ça l'air à être vrai, pis on est ben content (...) mais, elle pourrait consommer et je ne le saurais pas plus. C'est de même. » Les problèmes de consommation apportent donc avec eux leur lot de mensonges, ce qui peut nuire à la communication au sein de la famille. Le rétablissement d'une communication saine et efficace semble avoir été au centre des préoccupations, tant pour les cliniciens que pour les familles. Chaque membre des deux familles a affirmé que les problèmes de consommation avaient apporté des difficultés au niveau de la communication. La mère de Hugo nomme le changement dans la communication entre elle et son fils : « ...nous autres on avait une belle communication, mais à un moment donné la communication était... un peu à côté » Grâce à la rencontre familiale ainsi qu'aux informations données par l'adolescent, le

clinicien a inséré la communication comme un aspect important dans le plan d'intervention de l'adolescent :

...c'était un des objectifs en suivi ici, c'est d'améliorer la communication avec sa mère parce qu'à chaque fois qu'ils se parlaient ils... ça finissait qu'ils se chicanaient. Donc, ils ont appris à mieux se parler, pis à mieux communiquer, pis à mieux se laisser les choix respectifs à chacun.

Dans les rencontres familiales, le thérapeute travaille de façon à ce que l'information circule efficacement, il gère la communication de sorte que les échanges soient bénéfiques. Ces rencontres peuvent s'avérer être un pont entre la communication néfaste engendrée par la dépendance et une façon de communiquer plus saine. Hugo illustre bien cette fonction :

...mon intervenant il a comme emmené la situation, le sujet genre, pis il l'a bien amené, fais que c'est ça qui a fait que, tsé on savait où s'en aller pis on savait de quoi parler (...) c'est comme deux équipes là, on a lui d'impartial pour pouvoir juger de ce que lui y pense que, il y a des choses, que lui pourrait faire pour faire justement des compromis dans certaines situations.

Dans la famille de Julie, il a été fait mention à plusieurs reprises des choses qui ont été cachées ou dites de façon inappropriée. Ce qui donne l'impression que le problème de consommation influençait non seulement sur l'honnêteté, mais également sur la façon de dire les choses ainsi que de la façon de les recevoir comme interlocuteur. Parlant de sa rencontre familiale en compagnie de sa mère, Julie mentionne ce que ce moment lui a apporté :

...ça permis aussi que, qu'on parle de ça sans se fâcher. Parce que ça je l'abordais le sujet, mais je l'abordais mal. Pis j'étais peut-être trop hostile ou je sais pas, ma mère elle était peut-être, tsé ma mère aussi elle a son petit caractère là.

À l'instar du clinicien de Hugo, le thérapeute, ayant rencontré les parents de Julie ainsi qu'ayant animé les groupes pour parents, avait également inséré la communication dans ses objectifs thérapeutiques : « La communication s'était améliorée aussi, en ce qui concerne les meilleures attitudes, l'objectif 3 ». En regard de la place que semble occuper la communication à travers le discours de ses deux familles ainsi que de leurs cliniciens, il serait difficile de passer sous le silence son importance dans le traitement de la toxicomanie. Ce constat vient donc appuyer les résultats de Terjanian (2002) qui démontrent que l'amélioration de la communication est un élément facilitant le succès du traitement des adolescents consommateurs.

L'absence des pères et le mouvement de l'implication parentale. Il est intéressant de constater, qu'à travers les entrevues effectuées auprès des deux adolescents, la place que le père tient dans leur récit soit très mince comparativement à celle de leur mère ou même de leurs amis. Un parallèle peut être tracé avec la place qu'ont occupé ces pères avant et au début de la démarche. Cependant, en cours de processus, leur niveau d'implication a considérablement augmenté. Ce mouvement de l'implication paternelle est intimement lié à un autre mouvement dans la famille lors de la démarche, soit celui de la position maternelle. À travers les deux récits, il est clairement nommé par tous les acteurs que les mères sont fortement impliquées auprès de leurs adolescents et de leurs problèmes de consommation. La mère de Hugo n'hésite pas à dire qu'à un certain moment, il n'y avait que les problèmes de son fils qui semblaient exister : « ...que notre vie arrête de tourner toujours à l'entour de (...) que notre vie tourne toujours autour que de la consommation, parce qu'avant ça, notre vie n'était que ça. » Le clinicien ayant fait

le suivi auprès de Hugo, décrit la dynamique mère/fils avant la démarche: « ...avant quand il était dans ses problèmes de consommation, sa mère était tellement au-devant de lui que lui il ne se mobilisait pas, il était plus en réaction face à sa mère que de se mobiliser pour régler ses problèmes. » Parallèlement, la seconde famille a également expérimenté cette prise de position face au problème de consommation de leur fille. Le discours de la mère de Julie comporte beaucoup de similarités avec celui de la mère de Hugo : « ...ma fille là, je voulais vraiment la sauver tu sais, pis c'était comme tout, pis il n'y avait comme pu rien d'autre. » Il est clairement décrit à travers les entrevues que ce désir des mères d'en faire toujours plus pour leur adolescent en difficulté venait souvent empêcher leur jeune d'avancer dans leur démarche. Cependant, en cours de processus, les pères ont repris une place plus importante, un geste encouragé tant par les familles que par les cliniciens. Ainsi, dans le cas de Julie, son père qui était divorcé de sa mère depuis déjà quelques années, se mit à leur rendre visite de façon plus régulière tout en participant à un début de démarche parentale avec le centre d'intervention en toxicomanie de sa fille. La mère de l'adolescente commente l'impact que cela a eu pour elle :

...qu'il soit venu moi ça, ça comme donné une, moi je l'ai senti comme ça, que j'avais un peu un soutien aussi là. Parce que moi j'étais assez désemparée là-dedans. Et puis, même si ça n'a pas été idéal, ça quand même, je l'ai quand même senti comme ça qu'il voulait tout le temps, ç'a été ça .

Dans les deux cas présents, il faut s'attarder au niveau d'implication du père et de son effet sur la dynamique familiale. En sollicitant le père, la dynamique tend à changer et met à profit une nouvelle ressource comme le démontre le cas des parents de Julie.

Grâce aux rencontres auxquelles elle a pris part avec son ex-conjoint au centre externe ainsi qu'aux rencontres et au support reçu au centre interne de sa fille, la mère de l'adolescente a su adopter une position différente de celle qu'elle avait au départ, et ce, pour le bien de sa fille :

...et puis, c'est sur que moi j'ai eu à apprendre à me détacher, moi les rencontres que j'ai faites m'ont aidée à faire ça (...) fais que j'ai comme appris un peu à me détacher de ça, à lui dire ce que je pensais, mais pas mettre d'interdits, faut que ça soit, que ça vienne d'elle bon.

De même, la mère de Hugo a eu à faire le même genre de mouvement dans la relation avec son fils, mouvement également lié à un retour de l'implication du père. Le clinicien dresse le portrait :

...il a vu que sa mère elle avait pris un certain pas de recul face à ses problèmes et lui redonnait son autonomie là-dedans, pis lui eh... il était rendu là, il voulait être plus autonome, il a vu que sa mère se retirait donc lui il a pu vraiment prendre en main ses propres choix.

Comme le souligne le clinicien, l'enjeu central de ce mouvement dans les positions parentales est l'autonomie de l'adolescent, et ce, tant dans l'histoire de Hugo que dans celle de Julie.

L'impact sur la fratrie. Malgré le fait que les projecteurs soient souvent tournés vers l'adolescent consommateur et ses parents, les membres de la fratrie sont également des acteurs ayant leur rôle à jouer. Il peut être difficile de convaincre la fratrie de se joindre aux rencontres familiales, cependant, dans le cas où les tentatives échouent, le thérapeute devrait toujours y avoir une attention particulière. Dans l'histoire de Julie, sa sœur et son

frère plus âgés ont joué un rôle de support, d'implication plus accrue suite à l'identification de la problématique :

...pis moi j'ai deux grands enfants aussi là (...) eux autres ils se sont beaucoup ressoudés, ben on l'était déjà, mais on a comme participé à fond à se soutenir les uns les autres pis à essayer de trouver des solutions, pis essayer d'aider notre fille tsé, tant bien que mal.

Dans ce cas précis, la problématique a eu un effet mobilisateur pour la fratrie, par contre, il peut en être tout autrement. La seconde possibilité est illustrée au sein de la famille de Hugo. Lorsqu'une problématique demande autant d'énergie et d'attention de la part des parents, les autres membres de la fratrie peuvent vivre un certain sentiment d'abandon. Dans le but de reprendre cette place qui était la leur, ils trouvent les moyens à leur portée, même si cela peut signifier développer des problèmes. La mère de Hugo semble adhérer à cette hypothèse en parlant du frère cadet de l'adolescent : « Ce n'était que notre fils et la consommation, et les deux autres étaient plus capables. Notre plus petit a développé des troubles d'apprentissage suite à ça là, fais que, on règle ça aujourd'hui. »

Perceptions des rencontres familiales. Lors des entrevues individuelles, chaque membre des différentes familles a été questionné à propos des rencontres familiales effectuées en cours de démarche. La totalité des membres des familles ainsi que les cliniciens ont affirmé n'avoir rencontré aucun problème lors des rencontres familiales, qu'aucun élément négatif n'était à relever. Plus encore, chaque membre souligne l'impact positif que ces rencontres ont eu sur leur famille ainsi que leur nécessité. À prime à bord, il serait facile de croire qu'une rencontre familiale est un moment difficile à vivre pour l'adolescent, lui qui doit traiter de son problème de consommation devant sa

famille et son intervenant. Cependant, ce que nous rapportent les deux adolescents est fort différent. Hugo, lorsque questionné sur son vécu lors de sa rencontre familiale, répond :

Ah c'est une bonne chose là, tsé on peut se dire les vraies choses en face (...) parce que c'est pas toujours facile pis on n'a pas tout le temps l'occasion de faire ça, mais c'est une bonne occasion, moi je trouve ça, ça devrait se faire pour pas mal toutes les familles qui vivent là-dedans.

En plus du consensus quant aux bienfaits des rencontres familiales, une autre notion similaire est ressortie à travers plusieurs discours des membres des familles, celle du mensonge. Non pas que lors de ces rencontres il y est eut présence de mensonge, mais bien que ces rencontres auraient pu être négatives seulement si les adolescents avaient eu l'intention de mentir. Ce qui illustre clairement que ce type de rencontres est perçu et vécu comme un espace de communication honnête, où le mensonge n'aurait pas sa place. Comme il a été mentionné précédemment, les problèmes de consommation apportent avec eux leur lot de mensonges d'où l'importance de créer un terrain où chaque membre de la famille pourrait communiquer en toute franchise.

Discussion

Les trajectoires des deux adolescents, documentées à l'aide de données quantitatives ainsi que par leurs récits recueillis à travers cette étude de cas, ont permis de mettre en lumière leurs processus de réadaptation ainsi que les éléments clés les ayant ponctués. Les différents points de vue obtenus de la part des cliniciens, des parents et des adolescents se sont avérés une source de données complémentaires permettant d'enrichir la compréhension de ces processus. Les deux adolescents ont complètement arrêté la consommation qu'ils considéraient comme problématique en début de démarche. Les différents acteurs s'entendent tous sur ce changement dans la consommation de leur adolescent et sur l'amélioration de la situation de façon générale. Nous pouvons donc qualifier de « succès » leur démarche de réadaptation en toxicomanie. Quels ont été alors les ingrédients de leurs réussites ?

Leur parcours a été marqué par la présence d'une rechute. Dans chaque cas, ce petit retour en arrière a permis aux adolescents de reprendre avec plus d'aplomb leur démarche. Julie a mentionné qu'elle en avait besoin afin d'aller confirmer ou infirmer certaines de ses croyances face à la drogue. Après avoir constaté grâce à cette rechute que certaines de ses croyances étaient erronées, l'adolescente a affirmé au suivi de 17 mois ne plus avoir consommé d'amphétamines par la suite. En ce qui concerne Hugo, les détails à propos de sa rechute sont moins élaborés. Par contre, il a été dit que, dès le lendemain, l'adolescent avouait sa rechute à ses parents et se sentait coupable. Après

cette rechute, Hugo de la même façon que Julie, n'a plus consommé d'amphétamines, la substance qui leur causait tous deux des difficultés. Dans les deux cas, les parents n'ont pas abandonné leur implication dans la démarche de leur adolescent, permettant à ceux-ci d'expérimenter leur propres choix tout en ayant une constance au niveau du soutien parental. Ce constat vient réaffirmer l'importance pour les adolescents de faire l'expérience de l'autonomie à travers leurs propres choix, leurs propres chutes et ainsi permettre leur individuation au moment de l'adolescence. Plus encore, serait-il possible de considérer la rechute comme un moteur vers le maintien de l'arrêt de consommation? Ceci serait alors une façon de constater pour certains adolescents que l'image du consommateur ne correspond plus à la nouvelle image qu'ils ont d'eux-mêmes.

L'unanimité des participants sur la présence du mensonge au sein des familles vient réaffirmer l'importance d'un travail sur la communication familiale lors de la réadaptation en toxicomanie des adolescents comme le suggère Terjanian (2002). Bien que les données soient insuffisantes et que le devis de recherche ne permet pas de conclure à une relation de cause à effet, il est cependant intéressant de noter que chaque clinicien a effectué un travail à propos de la communication et que les deux cas se sont avérés être des succès. En effet, les jeunes, leur famille et les cliniciens décrivent des changements significatifs sur ce plan. Les adolescents ont souligné que les interactions avec leurs parents sont devenues moins agressives pour faire place à une ouverture, un respect de l'autre leur permettant d'avoir des échanges plus constructifs. Cette transition d'un mode de critique vers un mode de soutien leur a permis d'être mieux disposés à

mener à terme leur processus. Il est donc possible de considérer l'amélioration de la communication, tant auprès du jeune que de sa famille, comme un élément facilitant la réadaptation en toxicomanie.

L'implication et la participation des parents au traitement a également été un aspect souligné tant par les cliniciens que par les adolescents. Dans la situation de Hugo, c'est auprès de ses parents qu'il a effectué son arrêt de consommation. Il a même confié les avoir redécouvert à travers cette expérience. De plus, ses parents ont participé à des rencontres avec le centre en toxicomanie et ont pris part à une thérapie de couple. Il ne fait donc aucun doute qu'il y avait une implication de la part des parents de Hugo dans le traitement, tant pour venir en aide à leur fils que pour avoir du support comme parents. Dans le cas de Julie, les parents se sont également mobilisés dans des rencontres avec le centre en toxicomanie, autant en centre externe qu'en centre interne. La mère de l'adolescente rapporte qu'elle fait encore appel à l'intervenante familiale du centre interne de temps à autre, même plus d'un an après la sortie de sa fille. Ces témoignages sur l'implication des parents vont donc dans le sens des résultats de plusieurs chercheurs appuyant l'importance d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Henggeler, Borduin, & Mann, 1993; Liddle & Dakof, 1995a, 1995b).

Serait-il envisageable de percevoir cette implication comme un soutien face à l'isolement que peuvent vivre les adolescents dans leur lutte aux problèmes de drogues ?

Un soutien qui irait dans le sens des résultats obtenus par Parker et Benson (2004), qui démontrent que les adolescents qui perçoivent leurs parents comme supportants sont moins enclins à l'abus de drogues. Plus encore, les adolescents pourraient-ils sentir une sorte de répartition de la responsabilité, tant face à la problématique que face à la bonne marche du traitement ? Pour un jeune de 16 ou 17 ans, en pleine adolescence avec tout ce que cela implique comme changements et perturbations, ce genre de situation peut paraître insurmontable. Cependant, accompagné de ses parents dans ce processus, tout ne relève plus uniquement de lui, la pression s'avère donc moindre.

Sur le plan de la dynamique familiale, un mouvement dans le niveau d'implication de chaque parent a été observé et ce, au sein des deux familles. Ce mouvement s'est caractérisé par une implication plus importante de la part des pères en cours de démarche et d'un détachement de la part des mères qui étaient, en début de processus, collées à la problématique de leurs adolescents. Selon la majorité des membres des familles, cette modification a eu des effets positifs sur les familles ainsi que sur le traitement. Ce changement des positions prises par les parents a permis aux adolescents d'avoir un milieu adéquat pour leur individuation, milieu ni trop désengagé, ni trop enchevêtré. C'est dans cet ajustement de l'équilibre familial que les deux adolescents ont donc pu optimiser leur démarche. Ceci appuie encore une fois l'importance d'impliquer la famille mais également l'avantage de posséder les connaissances nécessaires au niveau de l'intervention familiale afin de modifier ce genre de dynamique. Comme l'ont témoigné les participants, à l'instar de plusieurs auteurs, l'efficacité des interventions

familiales en toxicomanie avec les adolescents est claire (Bukstein, 2000; Farrington & Welsh, 1999; Liddle et al., 2001 ; Liddle & Dakof, 1995a; Szapocznik et coll. 1983; 1989; Szapocznik & Kurtines, 1989). Il est à noter que certaines divergences sont ressorties au niveau du FACES-IV entre les résultats du père de Julie et les résultats des autres membres de sa famille. De plus, ces résultats détonnent également de ce qui a été rapporté dans les entrevues. Deux hypothèses peuvent en découler. La première étant la difficulté du FACES-IV à relever un portrait fidèle d'une famille aux parents divorcés, surtout lorsque la garde n'est pas partagée. La seconde étant l'incapacité des résultats quantitatifs à rendre la réalité du vécu des participants de façon précise, comme les entrevues qualitatives peuvent le faire.

En ce qui concerne les limites de l'étude de cas, en raison du type d'étude et de son nombre restreint de participants, aucune généralisation ne peut en être dégagée. De même, aucun lien de cause à effet ne peut être conclu (Hentz, 2006). C'est pourquoi il serait pertinent, à travers de futures recherches davantage expérimentales, d'investiguer le lien de causalité pouvant exister entre l'implication des parents et le processus de réadaptation de leur adolescent en traitement de la toxicomanie.

En raison des critères de sélection difficilement identifiables au sein de mêmes familles, l'échantillon s'est avéré en être un de convenance. Il aurait été intéressant d'être en présence de deux familles ayant une structure familiale semblable, des adolescents du même âge et du même sexe, ainsi qu'une démarche en toxicomanie

similaire. Cependant, d'avoir eu ce genre de différences entre les deux familles participantes a permis de constater que même malgré ces divergences, plusieurs aspects du processus de réadaptation demeurent constants. Le fait que l'intervenante ayant suivi Julie au début de sa démarche ne soit plus dans le réseau et donc, non disponible pour la recherche est une limite à l'information à propos du suivi de l'adolescente. Les forces de l'étude relève en grande partie de la perspective phénoménologique dans laquelle s'inscrivent les récits des adolescents. Les significations qu'ils amènent des événements auxquels ils ont fait face apportent une vue de l'intérieur de leur démarche, un type de données encore peu répertoriées dans le domaine de la dépendance aux substances. Le recueil des perceptions des trois catégories d'acteurs (adolescents, parents et cliniciens) est également un point fort de l'étude. Les études en toxicomanie se sont habituellement arrêtées à considérer un seul point de vue lors de ce type de recherche, ces perceptions croisées viennent donc apporter un éclairage différent sur la démarche des adolescents. De plus, les données sur le processus de réadaptation après plus d'un an suite à l'entrée en traitement (17 mois pour Julie et 32 mois pour Hugo) sont peu fréquentes dans la littérature actuelle.

Plusieurs implications cliniques des résultats de cette étude peuvent être identifiées. Tout d'abord, les témoignages sur la rechute viennent réaffirmer l'importance de considérer celle-ci comme une partie prenante de certains processus, plus encore, de ne pas l'interpréter comme un retour en arrière, mais bien comme une étape de plus à franchir. Les nombreuses références de la part des participants aux changements d'ordre

familial en lien avec les résultats positifs, réitèrent l'attention spéciale que doivent avoir les interventions familiales auprès des adolescents ayant une toxicomanie. Plus particulièrement, la présente étude de cas montre l'intérêt d'impliquer et de s'intéresser au parent le moins présent dans la démarche de façon à pouvoir faire bouger la dynamique et mettre à profit une nouvelle ressource.

Conclusion

La présente étude avait pour but de mieux comprendre la contribution de l'implication de la famille dans le processus de réadaptation d'adolescents en traitement de la toxicomanie. C'est par l'exploration des perceptions des diverses personnes impliquées (parents, adolescents et cliniciens) que cette avenue peu documentée fut abordée. Les principales conclusions qui en ressortent réaffirment l'implication de la famille dans la démarche de réadaptation des adolescents. Que ce soit par le soutien continu des parents auprès de leur adolescent à travers le processus ou de par leur implication avec le centre de réadaptation en toxicomanie, chacun des acteurs rencontrés y a vu un apport positif pour le processus de réadaptation. Le travail effectué sur la communication familiale occasionné par la présence du mensonge dans les deux familles vient encore appuyer l'importance de l'implication familiale. De plus, pour un tel type de travail sur la communication ou la dynamique familiale, il importe de posséder et de promouvoir les connaissances nécessaires à l'intervention familiale. À la lumière de ces conclusions, les interventions de type familial méritent donc d'être pratiquées plus systématiquement dans le domaine de la toxicomanie auprès des adolescents.

Références

- Aarons, G. A., Brown, S. A., & Myers, M. G. (1998) cité dans Halliday-Scher, K. (2000) A model of parent and friend relationship effects on adolescent substance use. *Thèse de Doctorat de Wayne State University*, Detroit, Michigan. 50 p.
- Anderson, A. R., & Henry, C. S. (1994) Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*.29(114), p. 405-420.
- Bahr, S., Marcos, A., & Maughan, S. (1995) Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *Journal of Studies on alcohol*, 56, p. 457-469.
- Bancroft, A., Carty, A., Cunningham-Burley, S. & Backett-Millburn, K (2002) Support for the Families of Drug Users: A review of the literature. Effective Interventions Unit: Scottish Executive, Drug Misuse Research Programme & Centre for Research on Families & Relationships, University of Edinburgh.
- Barnard, M (2005) Drugs in the Family - The Impact on Parents and Siblings. University of Glasgow, Joseph Rowntree Foundation. North Yorkshire, 56 p.
- Barnes, G. M., Farrell, M.P., & Cairns, A. (1986). Parental socialization factors and adolescent drinking behaviors. *Journal Marriage and the family*, 48, p. 27-36.
- Baumrind, D., and Moselle, K. (1985). A developmental perspective on adolescent drug use. *Advances on Alcohol and Substance Abuse* 4: p. 41-67.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), p. 56-95.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT), Montréal, Canada, 45 pages.
- 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. Rapport final remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- Bertrand, K., & Nadeau, L. (2006). Toxicomanie et inadapation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation. *Drogues, Santé et Société*, 5(1), p. 9- 44.
- Brewster, M. P. (2001). An evaluation of the Chester County (PA) drug court program. *J. Drug Issues* 31: p. 177–206.
- Brook, J., Nomura, C., & Cohen, P. (1989). A network of influences on adolescent drug involvement: Neighborhood, school, peer, and family. *Genetic, Social, and General Psychological Monographs*, 115(1), p. 123-145.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116, p. 111-267.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Arencibia-Mireles, O., Richter, L. & Whiteman, M. (2001). Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time. *Journal of Genetic Psychology*, 162, p. 357-374.
- Brook, J. S., Zhang, C., Koppel, J. and Brook, D. W. (2008) Pathways from Earlier Marijuana Use in the Familial and Non-Familial Environments to Self-Marijuana Use in the Fourth Decade of Life, *American Journal on Addictions*, 17 (6), p. 497-503
- Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16 (6), p. 608-623.
- Brunelle, N. (2001). *Trajectoires déviantes à l'adolescence : usage de drogues illicites et délinquance*, thèse de doctorat inédite, École de criminologie, Université de Montréal. 192 p.
- Bukstein, O.G. (2000) Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs* 32(1), p. 67-79.
- Carra, C. (2005). Le délinquant comme produit de la dialectique identité personnelle/ régulations sociales. Dans N. Brunelle, & M.-M. Cousineau (Éds), *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative* (pp. 153-176). Saint-Nicolas: Presses de l'Université du Québec.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2004) *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 232 p.

- Chassin, L., Pitts, S. C., DeLucia, C., & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, p. 106-119.
- Chen, C., & Anthony, J. C. (2003). Possible age-associated bias in reporting of clinical features of drug dependence: Epidemiological evidence on adolescent-onset marijuana use. *Addiction*, 98, p. 71-82.
- Cotton, N. S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, p. 89-116.
- Deas, D., & Thomas, S. E. (2001) An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment, *The American Journal on Addictions*, 10, p. 187-189.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), p. 197-213.
- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M., & Sonis, W.A. (1996) Current status of family based outcome and process research. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Journal* 35(1), p. 6-16.
- Dorius C. J., Bahr, S. J. Hoffmann, J. P., & Harmon. E. L. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and adolescent marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66 (February): 2004. p. 163-178.
- Dubé G., Fournier C. (2007) Consommation d'alcool et de drogues. Cité dans : Dubé G., Tremblay R., Traoré I., Martin I. (Eds). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, les drogues et le jeu chez les élèves du secondaire*. Montréal, Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec, 2006, p. 83-123.
- Dubé, G., Tremblay, R., Traoré, I., & Martin, I. (2007). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006, Québec, *Institut de la statistique du Québec*, 188 p.
- Dufour, M., & Nadeau, L. (1998). L'efficacité des programmes de prévention axé sur les familles. *Santé mentale au Québec*, 23(2), p. 224-246.
- Farrington, D. P. & Welsh, B. C. (1999). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 13, p. 265-281.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Cambell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97, p. 1123-1135.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98, p. 1681-1692.
- Fogel, W. M. (2000). Family dynamics of substance abusing adolescents: individuation, intimacy, and triangulation. Thèse de Doctorat de St. John's University, New York. 97 p.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1978) *Les enquêtes sociologiques*, Paris, Armand Colin. 304 p.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Scheier L.M., Diaz T. & Miller N.L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, p. 174-184.
- Guyon, L. & Desjardins, L. (2002). La consommation d'alcool et de drogues. In J. Loiseleur & B. Perron (Eds.), *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*. Vol. 2. Québec : Institut de la statistique du Québec. p. 35-62.
- Hamel, J., (1997). *Étude de cas et sciences sociales*, Éditions L'Harmattan, Paris, 122 p.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, p. 64-105.
- Henggeler, S. W., Borduin, C. M., & Mann, B. J. (1993). Advances in family therapy: Empirical foundations. *Advances in Clinical Child Psychology*, 15, p. 207-241.
- Hentz, P.B. (2006). Case study : The Method. Dans Munhall (Ed.), *Nursing research : A qualitative perspective*. Toronto : Jones and Bartlett Publishers. p. 349-358.
- Hsieh, S., Hoffmann, N.G., & Hollister, C.D. (1998). The relationship between pre-, during-, and post-treatment factors, and adolescent substance abuse behaviors. *Addictive Behaviors*, 23 (4), p. 477-488.
- Hundleby, J.D. & Mercer, G.W. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana, *Journal of Marriage and the Family*, 49, p. 151-164.

- Kokoreff, M. (2005). Toxicomanie et trafics de drogues. Dans N. Brunelle, & M.-M. Cousineau (Éds), *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*. Saint-Nicolas: Presses de l'Université du Québec. p. 31-68
- Kumpfer, K. L. & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 457-465.
- 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), p. 7-13.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002) Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom, *Alcohol and Alcoholism*, 37 (1), p. 52-60.
- Lee, J.-M., & Bell, N. J. (2003). Individual differences in attachment-autonomy configurations : linkages with substance use and youth competencies. *Journal of Adolescence*, 26(3), p. 347-361.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : Fondements et pratiques*, 2e édition. Montréal : Éditions Nouvelles. 124 p.
- Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1995a). Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science. In E. Rahdert & D. Czechowicz (Eds.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, p. 218-254.
- Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1995b). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, p. 511-544.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejada, M. (2001) Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, p. 651-687
- Luthar, S. S., & Cushing, G. (1997) Substance use and personal adjustment among disadvantaged teenagers: A six-months prospective study. *Journal of Youth and Adolescence*. 26, p. 353-372.
- Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction*, 95, p. 1621-1692.

- Lynskey, M. T., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Nelson, E. C., & al. (2003). Escalation of drug of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *Journal of the American Medical Association*, 289, p. 427-433.
- Marshal, M. P., & Chassin, L. (2000). Peer influence on adolescent alcohol use : The moderating role of parental support and discipline. *Applied Developmental Science*, 4, p. 80-88.
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, & Quensel, S. (2002). European adolescent substance use : the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97, p. 329-336.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E., (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental. Disease*. 168, p. 26-33.
- Mercier, C., & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Dans Pierre Brisson (Éd), *L'usage des drogues et de la toxicomanie, volume III*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 335-350.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis, second edition*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications. 337 p.
- Mucchielli, A., (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 303 p.
- Munk, A.C. (2008). Parental influence on hispanic adolescent substance use. Thèse de Doctorat de Texas Tech University, Texas. 137 p.
- Nadeau, L., Landry, M., Bertrand, K., Acier, D. (2007). Treatment evaluation: how qualitative long term results inform quantitative results. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, supp. 31(6), p. 123A.
- Obot, I. S., Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2001). Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: Data from a national epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, p. 1-8.
- Olson, D. H., Gorall, D. M., & Tiesel, J. L. (2004). *FACES-IV, Innovations and Applications*. Minneapolis, MN: Life Innovations. 14 p.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, D., Bowie, N., Copello, A. and Velleman, R. (1998) Tolerate, engage or withdraw: a study of the

structure of families coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families, *Addiction*, Vol. 93, No. 12, p. 1799–1813

- Parker, J. S., & Benson, M. J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence*, vol. 39 No. 155, p. 519-530.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people : Cohort study. *British Medical Journal*, 325, p. 1195-1198
- Perry, J. M., & Kraemer, K.L. (1986). Research methodology in the public administration review. *Public administration review*, 46, p. 215-226.
- Petratis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewed theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, p. 67-86
- 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*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur, p. 173-209.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, p. 1102-1114.
- Ridenour, T. A., Cottler, L. B., Robins, L. N., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., Cunningham-Williams, R. M. (2002). Test of the plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing antisocial behavior. *Journal of Abnormal Psychology*. 111 (1), p. 144–155.
- Riesch, S. K., Coleman, R., Glowacki, J. S., Konings, K. (1997). Understanding Mothers' Perceptions of What Is Important about Themselves and Parenting *Journal of Community Health Nursing*, Vol. 14, No. 1, p. 49-66.
- Santé Canada (2001). *Meilleures Pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, Canada, 70 p.
- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., Dakof, G. A. (1996) Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy, *Journal of Family Psychology*, Vol. 10, No. 1, p. 12-27

- Schuckit, M. A. (1999). New findings in the genetics of alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 281, p. 1875-1876.
- Simons, R. L., Lin, K. H., & Gordon, L. C. (1998). Socialization in the family of origin and male dating violence : A prospective study. *Journal of Marriage and the Family*, 60, p. 467-478.
- Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family couples treatment for drug abuse: Ameta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, p. 170-191.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, p. 754-770.
- Stewart, M.A. & Brown, S.A. (1993). Family functioning following adolescent substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 5, p. 327-339.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., & Hervis, O.E. (1983). Conjoint versus one-person family therapy : Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, p. 889-899.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.M.; Foote, F.; Perez-Vidal, A.; and Hervis, O. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, p. 395-397.
- Szapocznik, J. & Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*. New York : Springer publishing company. 191 p.
- Terjanian, D. C. (2002) Element of Effective Treatment for Adolescent Drug Abusers: Family Communication, Cohesion and Adaptability, Thèse de Doctorat de Antioch New England Graduate School. 35 p.
- Tremblay, J., Bertrand, K. & Ménard, J-M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*. Publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 126 p.

- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Tod, A., & Rigby, K. (1993) 'The families of problem drug users: a study of 50 close relatives', *Addiction*, Vol. 88, No. 9, p. 1281–1289.
- Vitaro, F., Assaad, J.-M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec. 103 p.
- Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Zoccolillo, M. (1999). Alcoolisme paternel, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44, p. 33-40.
- 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*, Cannabis Youth Traitement (CYT) Series, Volume 2. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment. 158 p.
- Whitney, S. D., Kelly, J. R., Myers, M. G., Brown, S. A. (2002). Parental substance use, family support and outcome following treatment for adolescent psychoactive substance use disorders. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 11(4), p. 67–81.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, p. 138-166.
- Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V., & Brody, G. (2003). Family communication and religiously related to substance use and sexual behavior in early adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, p. 312-323.

Appendice A
Grilles d'entrevues

Grille d'entrevue
Version adolescents

- 1- Qu'est-ce qui t'a amené à faire appel aux services de Domrémy?

- 2- Depuis ton inscription dans les services de Domrémy, est-ce que ta consommation de drogues a changé? Si oui, de quelle façon?

- 3- Selon toi, quelles sont les causes de ce changement ou de l'absence de changement?

- 4- Selon toi, comment tes parents expliqueraient ce changement ou l'absence de changement dans ta vie?

- 5- Mis à part ta consommation d'alcool et/ou de drogues, as-tu vécu d'autres changements significatifs dans ta vie? Si oui, de quelle nature?

- 6- Comment as-tu vécu le fait que tes parents soient avec toi lors des rencontres familiales? Est-ce que cela a pu t'aider ou te nuire? De quelle façon?

- 7- Est-ce que tu crois que ces rencontres ont pu avoir des impacts sur le fonctionnement de ta famille?

- 8- Est-ce qu'il y a eu des aspects négatifs durant les rencontres familiales? Si oui, lesquels?

- 9- Est-ce qu'il y a eu des aspects positifs aux rencontres familiales? Si oui, lesquels?

Grille d'entrevue
Version Parents

- 1- Qu'est-ce qui vous a amené à faire appel aux services de Domrémy?
- 2- Depuis votre inscription dans les services de Domrémy, est-ce que la consommation de drogues de votre fils a changé? Si oui, de quelle façon?
- 3- Selon vous, quelles sont les causes de ce changement ou de l'absence de changement?
- 4- Selon vous, comment votre enfant expliquerait ce changement ou l'absence de changement?
- 5- Mis à part sa consommation d'alcool et/ou de drogues, as-tu vécu d'autres changements significatifs dans ta vie? Si oui, de quelle nature?
- 6- Comment avez-vous vécu le fait d'être avec votre enfant lors des rencontres familiales? Est-ce que cela a pu vous aider ou vous nuire? De quelle façon?
- 7- Est-ce que vous croyez que ces rencontres ont pu avoir des impacts sur le fonctionnement de votre famille?
- 8- Avez-vous rencontré des obstacles durant les rencontres familiales? Si oui, lesquels?
- 9- Est-ce qu'il y avait des aspects positifs aux rencontres familiales? Si oui, lesquels?

Grille d'entrevue
Version cliniciens

- 1- Selon vous, qu'est-ce qui a amené cette famille à faire appel aux services de Domrémy?
- 2- Quels obstacles avez-vous rencontrés au cours des rencontres familiales?
- 3- Quels furent les facteurs facilitants?
- 4- Comment expliquez-vous le changement ou l'absence de changement au sein de la famille?
- 5- Comment expliquez-vous le changement ou l'absence de changement chez le jeune?
- 6- Comment expliquez-vous le changement ou l'absence de changement chez les parents?
- 7- Est-ce que vous croyez que ces rencontres ont pu avoir des impacts sur le fonctionnement de la famille?

Appendice B
Formulaires de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À UNE RECHERCHE Version adolescents

Titre

Processus de réadaptation et vécu familial chez des adolescents en traitement dans un centre spécialisé en toxicomanie : étude de cas.

Nom des chercheurs/es et fonction

Pierre Nolin, Ph. D	Professeur Chercheur	UQTR GREDEF
Karine Bertrand, Ph.D.	Professeure Chercheure Professeure associée	Université de Sherbrooke RISQ UQTR
Benoît Gauthier	Étudiant au doctorat en psychologie Membre étudiant	UQTR RISQ

Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à évaluer les déterminants du processus de changement selon les perceptions de l'adolescent, de ses parents ainsi que de leur intervenante. Il se veut aussi un regard plus spécifique sur le vécu des rencontres familiales et sur leurs implications. Malgré un large consensus sur l'importance du rôle de la famille dans la compréhension de la toxicomanie et sur la pertinence d'impliquer celle-ci dans le traitement, la façon dont les variables familiales peuvent influencer le processus de réadaptation des jeunes est encore mal connu. De plus, très peu de données existent sur le processus de rétablissement des individus toxicomanes, jeunes ou adultes, tel que vécu et perçu par la personne elle-même. Voilà donc ce que propose d'explorer cette étude. La compréhension en profondeur du processus de réadaptation de ces adolescents et de leur famille permettra également d'éclairer l'interprétation de résultats quantitatifs obtenus dans le cadre de l'étude « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » de Domrémy Mauricie Centre du Québec (DMCQ) et des centres *Le grand chemin* (LGC), anciennement CJLA, (Bertrand & Ménard., 2005) à laquelle cette étude vient se greffer.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une formation doctorale en psychologie et duquel découlera un essai sous la direction de Pierre Nolin Ph. D. et la co-direction de Karine Bertrand Ph. D.

Objectifs poursuivis

1. Explorer les perceptions des jeunes en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement depuis leur admission en traitement et plus particulièrement quant à l'influence ou non de leur famille sur ce processus;
2. Explorer les perceptions des parents quant au processus de changement de leur jeune et de leur famille depuis son admission en traitement;
3. Explorer les perceptions de la clinicienne quant au processus de changement du jeune et de sa famille ainsi que l'influence de cette dernière sur le traitement.

Procédures

Les participants à ce projet de recherche sont quatre parents, une intervenante de DMCQ et deux jeunes de 14 à 17 ans ayant participé à la recherche « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » et ayant bénéficié des services de DMCQ. Ce projet implique votre **participation à une rencontre** (à DMCQ) **d'une durée de 2 à 3 heures** s'effectuant une fois la durée du traitement terminée.

- Durant cette rencontre, vous serez invité à répondre à des questionnaires de type papier crayon sur votre perception du fonctionnement de votre famille. L'IGT-Ado abrégé sera administré pour connaître les caractéristiques de votre consommation. De plus, il y aura également une entrevue d'environ dix questions ayant pour but de connaître vos perceptions face changement ainsi que face aux rencontres familiales.

De plus, les informations contenues dans l'*Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (IGT) administré au début du présent épisode de traitement, les informations quant au nombre d'heures de services reçus et les informations contenues dans le Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales (FACES-IV) administré lors de l'admission en traitement et aux suivis de trois et six mois dans le cadre de la plus large étude, qui sont contenues dans la banque de données informatisée de DMCQ ou des centres LGCseront recueillies.

Avantages et bénéfices

- a) Sur le plan individuel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience et votre cheminement au cours des quatorze mois suivant votre admission en traitement.. Bien que vous n'aurez pas accès aux résultats de vos questionnaires, vous pourrez développer, grâce à votre participation, une meilleure compréhension de votre situation personnelle et familiale.

- b) Vous pourrez exprimer sur votre vécu face aux services reçus à DMCQ et plus particulièrement en regard des rencontres familiales.

Inconvénients et risques

Bien que cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour votre intégrité, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions et que vous pouvez bénéficier, si vous le désirez, de services de DMCQ ou des centres LGC en lien avec les difficultés que vous vivez. Vous pourriez alors évoquer cet inconfort et travailler sur les raisons de celui-ci avec votre intervenant.

Durée de la participation du sujet au projet

Votre participation directe sera d'une durée totale de 2 à 3 heures. La durée totale du projet (ex. : compilation, analyses, rédaction) se fera sur une période de deux ans.

Confidentialité des données recueillies

Les entrevues et les résultats des questionnaires sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelque manière que ce soit. Cependant, en raison du faible nombre de participants, il y a possibilité que l'intervenante reconnaisse les familles à travers les renseignements non nominatifs présents dans l'essai. Il est également possible que les membres de la famille se reconnaissent entre eux à travers les réponses de la recherche. C'est pourquoi un formulaire de confidentialité sera signé par l'intervenante pour qu'aucun renseignement identitaire ne soit divulgué. Par contre, la confidentialité pourrait être brisée par le chercheur si la vie du participant ou celle de quelqu'un d'autre était menacée. Cette démarche se ferait alors en collaboration avec le participant, autant que possible, et celui-ci serait accompagné vers une ressource d'aide appropriée.

Les questionnaires, formulaires de consentement et résumés des entrevues seront gardés sous clé, dans un classeur dans un local de recherche fermé à clé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Classeur que seul le chercheur principal, M. Pierre Nolin et les co-chercheurs, Karine Bertrand et Benoît Gauthier ont accès. Ceux-ci seront détruits par M. Pierre Nolin, 5 ans après le début du projet de recherche. Une déchiqueteuse sera utilisée à cette fin.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet d'un essai ainsi que de communications orales universitaires. Aucun nom ne sera mentionné, de quelque façon que ce soit, tant au sein des articles que des exposés oraux. Une copie du rapport final pourra vous être remise sur demande.

Les responsabilités des chercheur(e)s

Chaque chercheur(e) travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles. En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche, vous serez dirigé vers les ressources appropriées à votre état. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Participation et retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer ou de répondre en partie ou en totalité aux questions qui vous seront posées. Advenant votre participation, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre refus de participer ou votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs, n'affectera en rien les services que vous recevez à DMCQ ou aux centres LGC et ne vous causera aucun préjudice ou perte d'avantages auxquels vous avez normalement droit.

Compensation

À titre de compensation, un chèque-cadeau pour le cinéma d'une valeur de 10 \$ vous sera remis pour votre participation au projet de recherche.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs ou de toute autre personne impliquée dans cette étude.

Plaintes ou commentaires

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-06-112-07.18 a été émis le 26 juin 2006. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec M. Denis Grenier, commissaire aux plaintes et à la qualité des services de DMCQ, par téléphone au (819) 693-3682, par télécopieur au (819) 373-1627 ou par courriel : denis_grenier_rr04@ssss.gouv.qc.ca.

Personnes ressources reliées au projet

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter le chercheur principal ou les co-chercheurs. Les coordonnées de ces personnes sont les suivantes :

Pierre Nolin, Ph. D.
Psychologue, chercheur principal

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3544
Courriel : pierre.nolin@uqtr.ca

Karine Bertrand, Ph.D.
Psychologue, co-chercheure

Téléphone 1-888-463-1835, poste 61604
Courriel :karine.bertrand@usherbrooke.ca

Benoît Gauthier
Étudiant au doctorat en psychologie, co-chercheur

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3566
Courriel : benoit.gauthier2@uqtr.ca

Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec DMCQ ou les centres LGC. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je consens à participer à cette étude: Oui Non

Nom du participant

Signature

Date

Nom du parent (tuteur légal)

Signature

Date

J'accepte que les informations contenues dans l'IGT du présent épisode de traitement, mon profil d'utilisation des services (type, durée et nombre d'heures de services reçus) durant l'épisode de traitement en cours ainsi que les informations sur le fonctionnement familial contenue dans le FACES-IV de la recherche « *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* » soient utilisées pour les fins de la recherche :

Oui Non

Nom du participant

Signature

Date

Nom du parent (tuteur légal)

Signature

Date

Une signature de 1 parent est suffisant;

Formulaire d'engagement

Je certifie :

- a) avoir lu et expliqué dans un langage accessible au participant les termes du présent formulaire de consentement;
- b) avoir répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) avoir explicitement indiqué au participant qu'il demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche;

d) avoir averti le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom de l'agent de recherche

Fonction

Signature

Date

No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) : CERT/2006-051



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À UNE RECHERCHE Version Parents

Titre

Processus de réadaptation et vécu familial chez des adolescents en traitement dans un centre spécialisé en toxicomanie : étude de cas.

Nom des chercheurs/es et fonction

Pierre Nolin, Ph. D	Professeur Chercheur	UQTR GREDEF
Karine Bertrand, Ph.D.	Professeure Chercheure Professeure associée	Université de Sherbrooke RISQ UQTR
Benoît Gauthier	Étudiant au doctorat en psychologie Membre étudiant	UQTR RISQ

Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à évaluer les déterminants du processus de changement selon les perceptions de l'adolescent, de ses parents ainsi que de leur intervenante. Il se veut aussi un regard plus spécifique sur le vécu des rencontres familiales et sur leurs implications. Malgré un large consensus sur l'importance du rôle de la famille dans la compréhension de la toxicomanie et sur la pertinence d'impliquer celle-ci dans le traitement, la façon dont les variables familiales peuvent influencer le processus de réadaptation des jeunes est encore mal connu. De plus, très peu de données existent sur le processus de rétablissement des individus toxicomanes, jeunes ou adultes, tel que vécu et perçu par la personne elle-même. Voilà donc ce que propose d'explorer cette étude. La compréhension en profondeur du processus de réadaptation de ces adolescents et de leur famille permettra également d'éclairer l'interprétation de résultats quantitatifs obtenus dans le cadre de l'étude « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » de Domrémy Mauricie Centre du Québec (DMCQ) et des centres *Le grand chemin* (LGC), anciennement CJLA, (Bertrand & Ménard., 2005) à laquelle cette étude vient se greffer.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une formation doctorale en psychologie et duquel découlera un essai sous la direction de Pierre Nolin Ph. D. et la co-direction de Karine Bertrand Ph. D.

Objectifs poursuivis

1. Explorer les perceptions des jeunes en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement depuis leur admission en traitement et plus particulièrement quant à l'influence ou non de leur famille sur ce processus;
2. Explorer les perceptions des parents quant au processus de changement de leur jeune et de leur famille depuis son admission en traitement;
3. Explorer les perceptions de la clinicienne quant au processus de changement du jeune et de sa famille ainsi que l'influence de cette dernière sur le traitement.

Procédures

Les participants à ce projet de recherche sont quatre parents, une intervenante de DMCQ et deux jeunes de 14 à 17 ans ayant participé à la recherche « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » et ayant bénéficié des services de DMCQ. Ce projet implique votre **participation à une rencontre** (à DMCQ) **d'une durée de 1 à 2 heures** s'effectuant une fois la durée du traitement terminée.

- Durant cette rencontre, vous serez invité à répondre à des questionnaires de type papier crayon sur votre perception quant à votre fonctionnement familial et vos pratiques parentales. De plus, il y aura également une entrevue d'environ dix questions ayant pour but de connaître vos perceptions face au processus de changement ainsi que face aux rencontres familiales.

De plus, les informations quant au nombre d'heures de services reçus celles contenues dans le Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales (FACES-IV) administré lors de l'admission en traitement et aux suivis de trois et six mois dans le cadre de la plus large étude, qui sont contenues dans la banque de données informatisée de DMCQ ou des centres LGC, seront recueillies.

Avantages et bénéfices

- a) Sur le plan individuel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience et votre cheminement au cours des quatorze mois suivant l'admission en traitement de votre jeune. Bien que vous n'aurez pas accès aux résultats de vos questionnaires, vous pourrez développer, grâce à votre participation, une meilleure compréhension de votre situation personnelle et familiale.
- b) Vous pourrez exprimer sur votre vécu face aux services reçus à DMCQ et plus particulièrement en regard des rencontres familiales..

Inconvénients et risques

Bien que cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour votre intégrité, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions et que vous pouvez bénéficier, si vous le désirez, de services de DMCQ ou des centres LGCen liés avec les difficultés que vous vivez. Vous pourriez alors évoquer cet inconfort et travailler sur les raisons de celui-ci avec votre intervenant.

Durée de la participation du sujet au projet

Votre participation directe sera d'une durée de 1 à 2 heures. La durée totale du projet (ex. : compilation, analyses, rédaction) se fera sur une période de deux ans.

Confidentialité des données recueillies

Les entrevues et les résultats des questionnaires sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelque manière que ce soit. Cependant, en raison du faible nombre de participants, il y a possibilité que l'intervenante reconnaisse les familles à travers les renseignements non nominatifs présents dans l'essai. Il est également possible que les membres de la famille se reconnaissent entre eux à travers les réponses de la recherche. C'est pourquoi un formulaire de confidentialité sera signé par l'intervenante pour qu'aucun renseignement identitaire ne soit divulgué. Par contre, la confidentialité pourrait être brisée par le chercheur si la vie du participant ou celle de quelqu'un d'autre était menacée. Cette démarche se ferait alors en collaboration avec le participant, autant que possible, et celui-ci serait accompagné vers une ressource d'aide appropriée.

Les questionnaires, formulaires de consentement et résumés des entrevues seront gardés sous clé, dans un classeur dans un local de recherche fermé à clé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Classeur que seul le chercheur principal, M. Pierre Nolin et les co-chercheurs, Karine Bertrand et Benoît Gauthier ont accès. Ceux-ci seront détruits par M. Pierre Nolin, 5 ans après le début du projet de recherche. Une déchiqueteuse sera utilisée à cette fin.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet d'un essai ainsi que de communications orales universitaires. Aucun nom ne sera mentionné, de quelque façon que ce soit, tant au sein des articles que des exposés oraux. Une copie du rapport final pourra vous être remise sur demande.

Les responsabilités des chercheur(e)s

Chaque chercheur(e) travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles. En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche, vous serez dirigé vers les ressources appropriées à votre état. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Participation et retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer ou de répondre en partie ou en totalité aux questions qui vous seront posées. Advenant votre participation, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre refus de participer ou votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs, n'affectera en rien les services que vous recevez à DMCQ ou aux centres LGC et ne vous causera aucun préjudice ou perte d'avantages auxquels vous avez normalement droit.

Compensation

À titre de compensation des frais ayant pu être encourus, 10\$ vous sera remis pour votre participation au projet de recherche.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs ou de toute autre personne impliquée dans cette étude.

Plaintes ou commentaires

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-06-112-07.18 a été émis le 26 juin 2006. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec M. Denis Grenier, commissaire aux plaintes et à la qualité des services de DMCQ, par téléphone au (819) 693-3682, par télécopieur au (819) 373-1627 ou par courriel : denis_grenier_rr04@ssss.gouv.qc.ca.

Personnes ressources reliées au projet

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter le chercheur principal ou les co-chercheurs. Les coordonnées de ces personnes sont les suivantes :

Pierre Nolin, Ph. D.
Psychologue, chercheur principal

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3544
Courriel : pierre.nolin@uqtr.ca

Karine Bertrand, Ph.D.
Psychologue, co-chercheure

Téléphone : 1-888-463-1835, poste 61604
Courriel : karine.bertrand@usherbrooke.ca

Benoît Gauthier
Étudiant au doctorat en psychologie, co-chercheur

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3566
Courriel : benoit.gauthier2@uqtr.ca

Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec DMCQ ou les centres LGC pour adolescents. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je consens à participer à cette étude: Oui Non

Nom du participant

Signature

Date

J'accepte que les informations contenues dans mon profil d'utilisation des services (type, durée et nombre d'heures de services reçus) ainsi que les données des questionnaires sur le fonctionnement familiale (FACES-IV) de la recherche « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » qui eut lieu durant l'épisode de traitement soient utilisées pour les fins de la recherche :

Oui Non

Nom du participant

Signature

Date

Formulaire d'engagement

Je certifie :

- a) *avoir lu et expliqué dans un langage accessible au participant les termes du présent formulaire de consentement;*
- b) *avoir répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;*
- c) *avoir explicitement indiqué au participant qu'il demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche;*
- d) *avoir averti le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.*

Nom de l'agent de recherche

Fonction

Signature

Date

No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) : CERT/2006-051



DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU PATHOLOGIQUE



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À UNE RECHERCHE Version Clinicienne

Titre

Processus de réadaptation et vécu familial chez des adolescents en traitement dans un centre spécialisé en toxicomanie : étude de cas.

Nom des chercheurs/es et fonction

Pierre Nolin, Ph. D	Professeur Chercheur	UQTR GREDEF
Karine Bertrand, Ph.D.	Professeure Chercheure Professeure associée	Université de Sherbrooke RISQ UQTR
Benoît Gauthier	Étudiant au doctorat en psychologie Membre étudiant	UQTR RISQ

Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à évaluer les déterminants du processus de changement selon les perceptions de l'adolescent, de ses parents ainsi que de leur intervenante. Il se veut aussi un regard plus spécifique sur le vécu des rencontres familiales et sur leurs implications. Malgré un large consensus sur l'importance du rôle de la famille dans la compréhension de la toxicomanie et sur la pertinence d'impliquer celle-ci dans le traitement, la façon dont les variables familiales peuvent influencer le processus de réadaptation des jeunes est encore mal connu. De plus, très peu de données existent sur le processus de rétablissement des individus toxicomanes, jeunes ou adultes, tel que vécu et perçu par la personne elle-même. Voilà donc ce que propose d'explorer cette étude. La compréhension en profondeur du processus de réadaptation de ces adolescents et de leur famille permettra également d'éclairer l'interprétation de résultats quantitatifs obtenus dans le cadre de l'étude « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » de Domrémy Mauricie Centre du Québec (DMCQ) et des centres *Le grand chemin* (LGC), anciennement CJLA, (Bertrand & Ménard., 2005) à laquelle cette étude vient se greffer.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une formation doctorale en psychologie et duquel découlera un essai sous la direction de Pierre Nolin Ph. D. et la co-direction de Karine Bertrand Ph. D.

Objectifs poursuivis

1. Explorer les perceptions des jeunes en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement depuis leur admission en traitement et plus particulièrement quant à l'influence ou non de leur famille sur ce processus;
2. Explorer les perceptions des parents quant au processus de changement de leur jeune et de leur famille depuis son admission en traitement;
3. Explorer les perceptions de la clinicienne quant au processus de changement du jeune et de sa famille ainsi que l'influence de cette dernière sur le traitement.

Procédures

Les participants à ce projet de recherche sont quatre parents, une intervenante de DMCQ et deux jeunes de 14 à 17 ans ayant participé à la recherche « *Ces jeunes qui abusent de substances : nos interventions sont-elles efficaces et quels sont les déterminants de leur processus de changement?* » et ayant bénéficié des services de DMCQ. Ce projet implique votre **participation à une entrevue (à DMCQ) d'une durée d'une à deux heures** s'effectuant une fois la durée du traitement terminée.

Durant cette rencontre, vous serez invité à participer à une entrevue portant sur votre perception quant au fonctionnement familial et au processus de changement de deux familles dont vous avez effectué le suivi dans le cadre de votre travail pour DMCQ. Les deux entrevues comportent 6 questions chacune.

Avantages et bénéfices

- a) Sur le plan professionnel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur vos interventions et sur le suivi réalisé auprès de ces deux familles.
- b) Vous pourrez exprimer sur votre vécu thérapeutique et plus particulièrement en regard des rencontres familiales effectuées.

Inconvénients et risques

Bien que cette étude ne comporte vraisemblablement pas d'inconvénient ou de risque pour votre intégrité, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions et que vous pouvez bénéficier, si vous le désirez, de services de votre superviseur de DMCQ en lien avec les difficultés que vous vivez.

Durée de la participation du sujet au projet

Votre participation directe sera d'une durée de 1 à 2 heures. La durée totale du projet (ex. : compilation, analyses, rédaction) se fera sur une période de deux ans.

Confidentialité des données recueillies

Les entrevues et les résultats des questionnaires sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelque manière que ce soit. Cependant, en raison du faible nombre de participants, il y a possibilité que vous reconnaissiez les familles à travers les renseignements non nominatifs

présents dans l'essai. Il est également possible que les membres de la famille vous reconnaissent à travers les réponses de la recherche. C'est pourquoi ce formulaire de confidentialité vous est soumis pour qu'aucun renseignement identitaire ne soit divulgué. Par contre, la confidentialité pourrait être brisée par le chercheur si la vie du participant ou celle de quelqu'un d'autre était menacée. Cette démarche se ferait alors en collaboration avec le participant, autant que possible, et celui-ci serait accompagné vers une ressource d'aide appropriée.

Les questionnaires, formulaires de consentement et résumés des entrevues seront gardés sous clé, dans un classeur dans un local de recherche fermé à clé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Classeur que seul le chercheur principal, M. Pierre Nolin et les co-chercheurs, Karine Bertrand et Benoît Gauthier ont accès. Ceux-ci seront détruits par M. Pierre Nolin, 5 ans après le début du projet de recherche. Une déchiqueteuse sera utilisée à cette fin.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet d'un essai ainsi que de communications orales universitaires. Aucun nom ne sera mentionné, de quelque façon que ce soit, tant au sein des articles que des exposés oraux. Une copie du rapport final pourra vous être remise sur demande.

Les responsabilités des chercheur(e)s

Chaque chercheur(e) travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles. En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche, vous serez dirigé vers les ressources appropriées à votre état. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Participation et retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer ou de répondre en partie ou en totalité aux questions qui vous seront posées. Advenant votre participation, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre refus de participer ou votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs, n'affectera en rien votre lien d'emploi avec DMCQ et ne vous causera aucun préjudice ou perte d'avantages auxquels vous avez normalement droit.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs ou de toute autre personne impliquée dans cette étude.

Plaintes ou commentaires

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-06-112-07.18 a été émis le 26 juin 2006. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec M. Denis Grenier, commissaire aux plaintes et à la qualité des services de DMCQ, par téléphone au (819) 693-3682, par télécopieur au (819) 373-1627 ou par courriel : denis_grenier_rr04@ssss.gouv.qc.ca.

Personnes ressources reliées au projet

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter le chercheur principal ou les co-chercheurs. Les coordonnées de ces personnes sont les suivantes :

Pierre Nolin, Ph. D.
Psychologue, chercheur principal

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3544
Courriel : pierre.nolin@uqtr.ca

Karine Bertrand, Ph.D.
Psychologue, co-chercheure

Téléphone 1-888-463-1835, poste 61604
Courriel : karine.bertrand@usherbrooke.ca

Benoît Gauthier
Étudiant au doctorat en psychologie, co-chercheur

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3566
Courriel : benoit.gauthier2@uqtr.ca

Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte mes rapports avec DMCQ ou les Centres LGC. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

Je consens à participer à cette étude: Oui Non

Nom du participant

Signature

Date

Je m'engage à respecter les règles de confidentialité quant aux informations à propos des participants que je pourrais obtenir lors de la lecture des résultats de cette recherche. Ces informations n'affecteront en aucun cas les interventions futures qui pourraient être effectuées auprès des participants à cette recherche :

Oui Non

Nom du participant

Signature

Date

Formulaire d'engagement

Je certifie :

- a) *avoir lu et expliqué dans un langage accessible au participant les termes du présent formulaire de consentement;*
- b) *avoir répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;*
- c) *avoir explicitement indiqué au participant qu'il demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet de recherche;*

d) avoir averti le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom de l'agent de recherche

Fonction

Signature

Date

No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) : CERT/2006-051

Appendice C
IGT-Ado Abrégé

Numéro de questionnaire

INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE POUR LES ADOLESCENTS

ABRÉGÉ

Version 3.1

Avril 2003

Toute reproduction ou utilisation du questionnaire doit porter la référence suivante : Germain, M., Landry, M., Bergeron, J. (2003) *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ)

Le «manuel d'utilisation» est essentiel et une formation est requise pour l'usage de ce questionnaire.

Ce questionnaire a été validé par le RISQ, pour plus de détails, consultez la référence suivante : Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., Guyon, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et adolescentes : études des qualités psychométriques*. Cahier de recherche du RISQ. www.risq-cirasst.umontreal.ca

© RISQ, 1999, 2003

INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE POUR LES ADOLESCENTS ABRÉGÉ, VERSION 3.1

Cette version abrégée de l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-ADO) a été créée afin de répondre aux différents objectifs de la clinique et de la recherche. Toute personne désireuse d'utiliser une version abrégée doit utiliser ce questionnaire abrégé tel que défini et autorisé par le comité scientifique des outils du RISQ.

CONTEXTE D'UTILISATION

L'IGT-ADO abrégé est un outil utilisé surtout en suivi pour faire suite à la passation d'un IGT-ADO intégral. En comparant un IGT-ADO d'admission (version intégrale) à un ou plusieurs IGT-ADO abrégés, il est possible d'évaluer les problèmes récents et ainsi décrire l'évolution de comportement de consommation et de la situation psychosociale d'un usager, et ce, à partir de plusieurs collectes d'informations (avant le début d'une intervention, en cours de traitement ou en post-traitement). L'information recueillie, rend compte principalement des changements survenus au cours de la période des trente jours précédent l'entrevue.

1. À des fins cliniques

Son utilisation en clinique permet de mesurer l'évolution du client depuis la passation du dernier IGT-ADO en fournissant des renseignements sur la période des trente derniers jours. Il s'utilise pour évaluer l'évolution d'un usager pendant le traitement ou 2) pour réévaluer un usager qui revient dans les services.

En aucun temps, un IGT-ADO abrégé ne doit remplacer un IGT-ADO intégral lors de l'évaluation de la condition d'un usager au moment de l'admission en traitement. Seule exception à la règle: la version abrégée peut être utilisée lorsqu'un usager fait une seconde demande d'admission à moins d'un an de la demande intégrale. Ceci permettra de vérifier les changements survenus dans les huit domaines couverts par l'IGT-ADO. Il revient aux établissements de déterminer la pertinence d'utiliser un IGT-ADO abrégé dans leur programmation.

2. À des fins de recherche

L'utilisation en recherche de l'IGT-ADO abrégé permet la réalisation d'études telles que 1) l'évaluation de l'impact des programmes de traitement, 2) l'identification des prédicteurs de réussite, 3) l'évaluation de l'impact des procédures d'appariement et 4) l'évaluation du processus de changement. Ce sont les scores composés qui sont surtout utilisés en recherche.

AUTORISATION D'ADAPTATION AVEC RESTRICTION

Ajout et retrait de questions

Des questions de base ont été sélectionnées afin de mesurer le processus de changement de comportement et d'évaluer ainsi les effets du traitement dans huit domaines distincts. Elles ne devront en aucun temps être retranchées ou modifiées du

questionnaire. Ces questions de base sont identifiées par un astérisque (*). Les personnes désireuses d'ajouter d'autres questions de l'IGT-ADO pourront le faire en sélectionnant elles-mêmes des questions sans en demander l'autorisation au comité scientifique du RISQ. Dans ce cas, l'établissement en informera le lecteur en inscrivant sur la page titre de l'IGT-ADO que le questionnaire a été adapté pour les besoins de l'établissement.

Numéros de questions

Il est important de conserver les numéros de questions du questionnaire intégral. Ainsi, la référence au manuel d'utilisation n'en sera que facilitée.

Reformulation

Certaines questions, dont la période de référence est "À VIE", ont été reformulées dans la version abrégée, comme suit "DEPUIS TA DERNIÈRE ÉVALUATION".

FORMATION

Tout comme pour l'IGT-ADO intégral, le «manuel d'utilisation» est essentiel et une formation est requise pour l'usage de ce questionnaire. Ceux qui ont déjà reçu la formation pour l'IGT-ADO intégral n'ont pas besoin de suivre cette formation.

DURÉE DE PASSATION

La durée de passation d'un abrégé est de 15 à 20 minutes.

LE COMITÉ SCIENTIFIQUE DES OUTILS DU RISQ :

Marie-France Bastien, coordonnatrice de l'équipe du RISQ

Jacques Bergeron, professeur/chercheur, département de psychologie, Université de Montréal et chercheur du RISQ

Natacha Brunelle, professeure/chercheuse, département psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur du RISQ

Lyne Desjardins, professionnelle de recherche, RISQ

Louise Guyon, coordonnatrice scientifique adjointe, équipe recherche, surveillance et évaluation sur le tabagisme, Institut national de santé publique du Québec

Michel Landry, directeur de la recherche et du développement universitaire, Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances et codirecteur du RISQ

Chantal Plourde, professeure/chercheuse, département psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur du RISQ

Joël Tremblay, chercheur, centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches et chercheur du RISQ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM		PRÉNOM		Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Année	Mois	Jour
Numéro de questionnaire		<input type="text"/>		* Âge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro de dossier clinique		<input type="text"/>		* Sexe			<input type="text"/>
				1 - Garçon			
				2 - Fille			
* Date de l'évaluation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Code contact			<input type="text"/>
	Année	Mois	Jour	1 - En personne			
				2 - Téléphone			
* Date de l'évaluation du dernier IGT-Ado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Code de l'interviewer			<input type="text"/>
	Année	Mois	Jour	Code de l'organisme			<input type="text"/>
* Heure du début	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Période de l'évaluation			<input type="text"/>
	Heure	Minute		1 - à l'accueil (AEO)			
* Heure de la fin	<input type="text"/>	<input type="text"/>		2 - suivi 1 (<input type="text"/> mois)			
	Heure	Minute		3 - suivi 2 (<input type="text"/> mois)			
				4 - suivi 3 (<input type="text"/> mois)			

- * 1. Cette demande d'aide a-t-elle été suggérée ou ordonnée par quelqu'un du réseau social ou judiciaire?**
- 1 - Oui 2 - Non
- Si oui, par qui?**
- 1 - Intervenant
2 - Délégué de la jeunesse
3 - Avocat
4 - Juge
5 - Autres (spécifiez) _____

**ÉVALUATION DE CONFIANCE
POUR L'ENSEMBLE DU QUESTIONNAIRE**

Le questionnaire, dans son ensemble, est-il sensiblement faussé :

- * 3. parce que le répondant dissimule la vérité?**
- 1 - Oui 2 - Non
- * 4. parce que le répondant ne comprend pas les questions?**
- 1 - Oui 2 - Non

Signature de l'évaluateur

CONSIGNES

- Les codes « 9 » (ou « 99 », « 999 », « 9999 ») sont utilisés pour « NSP = ne sait pas » ou « refus = refus de répondre ».
 - Le N/A signifie « ne s'applique pas ».
 - Items du score composé.
 - * Items à ne jamais retrancher ou modifier du questionnaire abrégé.
 - Lorsque vous devez inscrire un nombre minimum de chiffres dans un nombre maximum de case, veuillez inscrire le chiffre en partant de la droite.
- Exemple:

 Ou

Note : Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indications « allez à »). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possible.

PORTRAIT DE CONSOMMATION

Substances	* 30 derniers jours
1. Alcool	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Cannabis	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Hallucinogènes <input type="checkbox"/> Ecstasy (MDMA) <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Champignons	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Méthamphétamines ou speed (ex. : peach ou pink) et autres amphétamines, Ritalin	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Cocaïne	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Inhalants / solvants volatils	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Héroïne / opiacés / analgésiques narcotiques	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Benzodiazépines ** et autres anxiolyti- ques, sédatifs (tran- quillisants), hypnotiques <input type="checkbox"/> Rohypnol®	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Barbituriques (Florinal , phénobar- bital, etc.)	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. GHB (ex. : liquid ecstasy ou liquid X)	<input type="text"/> <input type="text"/>

** Valium®, Ativan®, Serax®, Xanax®, Rivotril®, etc.

* 25. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés par rapport à:

a. ta consommation d'alcool?

b. ta consommation de drogues?

QUESTIONS 26 ET 27 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

* 26. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été perturbé(e) ou préoccupé(e) par :

a. ta consommation d'alcool?

b. ta consommation de drogues?

* 27. Dans quelle mesure te semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide pour :

a. ta consommation d'alcool?

b. ta consommation de drogues?

COMMENTAIRES:

SANTÉ PHYSIQUE

* 10. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des problèmes de santé physique?

QUESTIONS 11 ET 12 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

* 11. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés de santé physique?

* 12. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés de santé physique?

OCCUPATION

ÉCOLE

* 10. As-tu présentement des difficultés à l'école?
 1 - Oui 2 - Non → allez à la question 16

Si oui, de quel(s) type(s)?

1 - Oui 2 - Non

- 1 - Apprentissage
- 2 - Comportement
- 3 - Avec l'autorité
- 4 - De consommation
- 5 - De motivation
- 6 - Autres (spécifiez)

TRAVAIL

* 16. Depuis ta dernière évaluation IGT-Ado, as-tu eu des problèmes de travail?
 1 - Oui 2 - Non → allez à la question 17

Si oui, de quel(s) type(s)?

1 - Oui 2 - Non

- 1 - Absentéisme
- 2 - Respect des règles
- 3 - Rendement
- 4 - Relations avec les collègues
- 5 - Relation avec le patron
- 6 - De consommation
- 7 - Autres (spécifiez)

LOISIRS

* 17. Avec qui passes-tu généralement tes temps libres?

- 1 - Seul(e)
- 2 - Chum ou blonde
- 3 - Ami(e)s consommateur(trice)s
- 4 - Ami(e)s non-consommateur(trice)s
- 5 - Famille
- 6 - Autres (spécifiez) _____

* 19. Es-tu satisfait(e) de la façon de passer tes temps libres?
 1 - Oui 2 - Non

* 20. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés:

à l'école au travail dans tes loisirs

QUESTIONS 21 ET 22 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

* 21. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés:

à l'école au travail dans tes loisirs

* 22. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés:

à l'école au travail dans tes loisirs

COMMENTAIRES:

* 3. Au cours des 30 derniers jours, as-tu :

- * a. perdu de l'intérêt pour des choses qui ont déjà été importantes pour toi, été extrêmement fatigué(e), eu peu d'énergie, été triste, sans espoir (pleuré fréquemment) ?
1 - Oui 2 - Non
- * b. souffert d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, d'incapacité de te détendre ou de dormir) ?
1 - Oui 2 - Non
- * c. éprouvé des difficultés à comprendre, à te concentrer ou à te souvenir, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL ?
1 - Oui 2 - Non
- * d. eu des pensées d'échec, eu une confiance diminuée, été extrêmement timide (gêné(e)) ?
1 - Oui 2 - Non
- * e. été agité(e), surexcité(e) (incapable de rester en place, extrêmement distrait(e)) ?
1 - Oui 2 - Non
- * f. eu des pertes de contrôle de soi (en colère, impulsif(ve)), été extrêmement hostile ou physiquement violent(e) ?
1 - Oui 2 - Non
- * g. intentionnellement violé des règles (avoir refusé d'obéir, été rebelle, avoir dérangé ou provoqué intentionnellement les autres) ?
1 - Oui 2 - Non
- * h. été constamment et exagérément préoccupé(e) par la nourriture, ton poids et ta taille ?
1 - Oui 2 - Non
- * i. souffert d'hallucinations (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée est brève), NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL ?
1 - Oui 2 - Non
- * j. été exagérément méfiant(e) envers les autres (te sentir surveillé(e), attaqué(e) ou trompé(e) sans raison suffisante), NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL ?
1 - Oui 2 - Non

* 4. Au cours des 30 derniers jours, as-tu :

- * a. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario) ?
1 - Oui 2 - Non
- * b. tenté de te suicider ?
1 - Oui 2 - Non
- * c. tenté de te blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide) ?
1 - Oui 2 - Non
- * d. eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?
1 - Oui 2 - Non

* 8. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés psychologiques ou émotionnelles ? QUESTIONS 9 ET 10 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)* 9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés psychologiques ou émotionnelles ? * 10. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés psychologiques ou émotionnelles ?

COMMENTAIRES:

* 1 b. Es-tu satisfait(e) de ta relation avec tes meilleur(e)s ami(e)s?

1 - Oui 2 - Non

* 4. Est-ce qu'il t'arrive de te sentir seul(e) ou isolé(e)?

0 - Jamais
1 - Occasionnellement
2 - Souvent
3 - Toujours

* 6a. As-tu un chum ou une blonde?

1 - Oui 2 - Non

* 6 c. Es-tu satisfait(e) de cette situation?

1 - Oui 2 - Non

* 9. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés dans tes relations avec des personnes autres que ta famille ?
(y compris l'isolement et la solitude)

QUESTIONS 10 ET 11 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

* 10. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés dans tes relations interpersonnelles? (y compris l'isolement et la solitude)

* 11. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés dans tes relations interpersonnelles?

COMMENTAIRES:

* 1. Avec qui vis-tu actuellement?

- 1 - Mère et père (biologiques ou adoptifs)
- 2 - Mère
- 3 - Père
- 4 - Mère et conjoint(e)
- 5 - Père et conjoint(e)
- 6 - Mère et père (garde partagée)
- 7 - Autre membre de la famille _____
- 8 - Seul(e)
- 9 - Famille d'accueil
- 10 - Centre de réadaptation
- 11 - Ressource d'hébergement - autres
- 12 - Autres (spécifiez) _____

* 2. Es-tu satisfait(e) de cette situation?

- 1 - Oui 2 - Non

* 6. Quel type de contact as-tu avec tes parents biologiques ou adoptifs?

- 1 - Pas de contact
- 2 - Contact indifférent
- 3 - Contact négatif
- 4 - Contact positif
- (N/A si décédé(s), si aucune personne du type mentionné)

30 derniers jours

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	Mère	Beau-père	Belle-mère

* 13. Y a-t-il les difficultés suivantes dans ta famille ?
(depuis la dernière évaluation IGT-Ado)

DIFFICULTÉS	1 - Oui	2 - Non	QUI?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Utilisez les codes)
Pouvant inclure le répondant			À l'usage du centre
1 - Règles de vie à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 - Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 - Conflits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 - Rejet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 - Négligence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 - Violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 - Inceste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 - Autres (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

1- Répondant	6- Demi-frère / soeur
2- Mère	7- Famille élargie
3- Père	8- Enfants
4- Fratrie	9- Conjoint(e) du répondant
5- Conjoint(e) du père ou de la mère	

* 15. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés avec ta famille? QUESTIONS 16 ET 17 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)* 16. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés avec ta famille? * 17. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés avec ta famille?

COMMENTAIRES:

SYSTÈME SOCIAL

*4. Quelle est ta situation actuelle en regard du réseau social?

- 1 - Placement ordonné
- 2 - Placement volontaire
- 3 - Suivi social (travailleur social)
- 4 - Suivi par un éducateur de milieu
- 5 - Aucun suivi

SYSTÈME JUDICIAIRE

*23. Es-tu présentement en instance d'accusation, en attente de procès ou d'ordonnance (décision)?

- 1 - Oui 2 - Non

Si oui, pour quels délits?

- 7- Infractions contre l'application de la loi
- 8- Fraude
- 9- Port d'arme illégal
- 10- Infractions hors classes
- 11- Drogues
- 12- Méfait
- 13- Conduite avec facultés affaiblies
- 14- Vol
- 15- Infractions d'ordre sexuel
- 16- Voies de fait
- 17- Négligence criminelle
- 18- Vol qualifié
- 19- Viol, inceste, agression sexuelle
- 20- Homicide, meurtre

* 26. Quelle est actuellement ta situation en regard de la LSJPA?

- 1 - Détention provisoire
- 2 - Placement en garde ouverte
- 3 - Placement en garde fermée
- 4 - Liberté sous condition
- 5 - Probation
- 6 - Programme de mesures extrajudiciaires
- 7 - Deux mesures et plus _____
- 8 - Autres (spécifiez) _____

* 27. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés avec le système social ou judiciaire?

QUESTIONS 28 ET 29 : DEMANDEZ À L'USAGER(ÈRE) D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

* 28. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés au niveau du système social ou judiciaire?

* 29. Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés au niveau du système social ou judiciaire?

COMMENTAIRES:

Page, question	Commentaires

Appendice D
FACES-IV



18992

No. participant 96

Ne décrit pas du tout notre famille	Décrit un peu notre famille	Décrit passablement notre famille	Décrit notre famille en général	Décrit très bien notre famille
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Les membres de la famille se sentent obligés de passer la plupart de leur temps libre ensemble.

1 2 3 4 5

11. Il y a des conséquences sévères lorsqu'un membre de la famille fait quelque chose de mal.

1 2 3 4 5

12. Nous avons besoin de plus de règles dans notre famille.

1 2 3 4 5

13. Les membres de la famille se soutiennent entre eux lors de périodes difficiles.

1 2 3 4 5

14. Les enfants ont un mot à dire au sujet de la discipline.

1 2 3 4 5

15. Les membres de la famille se sentent plus proches des gens de l'extérieur de la famille qu'entre eux.

1 2 3 4 5

16. Les membres de notre famille sont trop dépendants les uns des autres.

1 2 3 4 5

17. Dans notre famille, il existe une règle pour presque toutes les situations possibles.

1 2 3 4 5

18. Dans notre famille, il n'y a rien qui se fait ou s'accomplit.

1 2 3 4 5

19. Les membres de la famille se consultent entre eux pour prendre des décisions d'ordre personnel.

1 2 3 4 5

20. Pour résoudre les problèmes, les suggestions des enfants sont suivies.

1 2 3 4 5

21. Lorsqu'un problème doit être réglé, les membres de la famille sont laissés à eux-mêmes.

1 2 3 4 5

22. Les membres de notre famille ont peu besoin d'amis à l'extérieur de la famille.

1 2 3 4 5



18992

No. participant

	97		
--	----	--	--

Ne décrit pas du tout notre famille	Décrit un peu notre famille	Décrit passablement notre famille	Décrit notre famille en général	Décrit très bien notre famille
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Il est difficile de faire changer une règle dans notre famille.

1 2 3 4 5

24. Dans notre famille, ce n'est pas clair qui est le responsable des choses (tâches ménagères, activités).

1 2 3 4 5

25. Les membres de la famille aiment passer une partie de leur temps libre ensemble.

1 2 3 4 5

26. Nous faisons une rotation dans la distribution des tâches ménagères.

1 2 3 4 5

27. Notre famille ne fait rien ensemble.

1 2 3 4 5

28. Nous nous sentons trop liés les uns aux autres.

1 2 3 4 5

29. Une fois qu'une tâche est assignée à un membre de la famille, il y a peu de chance qu'elle soit changée.

1 2 3 4 5

30. Il n'y a personne qui prend la tête de cette famille.

1 2 3 4 5

31. Bien que les membres de la famille ont des intérêts et loisirs personnels, ils participent quand même aux activités familiales.

1 2 3 4 5

32. Les membres de la famille font les règles ensemble.

1 2 3 4 5

33. Les membres de notre famille dépendent rarement les uns des autres

1 2 3 4 5

34. Nous nous montrons contrariés lorsque les membres font des activités à l'extérieur de la famille.

1 2 3 4 5

35. Il est important de respecter les règles dans notre famille.

1 2 3 4 5



18992

No. participant 98

Ne décrit pas du tout notre famille	Décrit un peu notre famille	Décrit passablement notre famille	Décrit notre famille en général	Décrit très bien notre famille
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Aucun des membres de la famille ne semble bien connaître les tâches qu'ils doivent faire.

1 2 3 4 5

37. Dans notre famille, il y a un bon équilibre entre la capacité à être un individu à part entière et la capacité à demeurer proches les uns des autres.

1 2 3 4 5

38. Lorsque les problèmes arrivent, nous faisons des compromis.

1 2 3 4 5

39. Les membres de la famille en connaissent très peu sur les amis des autres membres.

1 2 3 4 5

40. Les membres de la famille se sentent coupables s'ils souhaitent passer du temps à l'extérieur de la famille.

1 2 3 4 5

41. Les membres de la famille se sentent obligés de se soumettre à ce que la famille a décidé.

1 2 3 4 5

42. Il est difficile de savoir qui est le chef de notre famille.

1 2 3 4 5

43. Les membres de la famille sont satisfaits de la façon dont ils communiquent entre eux.

1 2 3 4 5

44. Les membres de la famille sont capables d'une bonne écoute

1 2 3 4 5

45. Les membres de la famille expriment leur affection les uns aux autres.

1 2 3 4 5

46. Les membres de la famille sont capables de se demander ce qu'ils veulent.

1 2 3 4 5

47. Les membres de la famille sont capables de discuter calmement entre eux d'un problème.

1 2 3 4 5



18992

No. participant

Ne décrit pas du tout notre famille	Décrit un peu notre famille	Décrit passablement notre famille	Décrit notre famille en général	Décrit très bien notre famille
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Les membres de la famille discutent ensemble de leurs croyances et de leurs idées.

1 2 3 4 5

49. Lorsque les membres de la famille se questionnent, ils obtiennent des réponses honnêtes.

1 2 3 4 5

50. Les membres de la famille essaient de se comprendre au plan de leurs sentiments.

1 2 3 4 5

51. Lorsqu'il sont en colère, les membres de la famille disent rarement des choses négatives au sujet des autres membres.

1 2 3 4 5

52. Les membres de la famille expriment réellement ce qu'ils ressentent les uns aux autres.

1 2 3 4 5

Échelle pour les items 53-62:

Très insatisfait (e)	Légèrement insatisfait (e)	Satisfait (e) en général	Très satisfait (e)	Extrêmement satisfait (e)
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Le degré de proximité (intimité, attachement) entre les membres de votre famille.

1 2 3 4 5

54. La capacité de votre famille à gérer le stress.

1 2 3 4 5

55. La capacité de votre famille à s'adapter.

1 2 3 4 5

56. La capacité de votre famille à partager des expériences positives.

1 2 3 4 5



18992

No. participant

Très insatisfait (e)	Légèrement insatisfait (e)	Satisfait (e) en général	Très satisfait (e)	Extrêmement satisfait (e)
1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. La qualité de communication entre les membres de votre famille.

1 2 3 4 5

58. La capacité de votre famille à résoudre des conflits.

1 2 3 4 5

59. La quantité de temps passé en famille.

1 2 3 4 5

60. La façon dont on discute des problèmes.

1 2 3 4 5

61. Le caractère juste et équitable des critiques exprimées dans la famille.

1 2 3 4 5

62. Le souci des membres de notre famille à l'égard des autres membres.

1 2 3 4 5