

Université de Montréal

Évaluation de l'implantation et des effets perçus du
pilote du Groupe de réflexion sur les drogues (2^e génération)

Par Evelyn Langelier-Cullen

École de psychoéducation
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences en vue de
l'obtention du grade de maîtrise en sciences (M. SC.) en
psychoéducation option mémoire et stage

20 novembre 2017

©Evelyn Langelier-Cullen, 2017

Résumé

La prévention de la consommation problématique de substances psychoactives est importante auprès des adolescents puisqu'il s'agit d'une période propice aux premières expériences. Il est d'autant plus important d'offrir des programmes aux jeunes en difficulté puisqu'ils sont plus susceptibles d'avoir une consommation à risque et de devenir dépendants. L'objet de ce mémoire consiste à décrire l'implantation et identifier les effets perçus du pilote du *Groupe de réflexion sur les drogues (2^e génération)* (GRD), un programme novateur de prévention ciblé-indiquée chez les jeunes ayant une consommation problématique ou à risque de le devenir. L'échantillon comprend quatre adolescents placés dans deux des unités de réadaptation du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire ainsi que deux éducateurs ayant animé le programme. Des journaux de bord, un questionnaire et des entrevues individuelles ont permis de collecter les données. Des analyses quantitatives descriptives et une analyse thématique qualitative ont été effectuées. Dans l'ensemble, les résultats montrent que le GRD a été implanté comme prévu et que les adolescents ont bénéficié des interventions prévues au guide d'animation. Plus spécifiquement, les résultats montrent des effets possibles, particulièrement au niveau de l'augmentation de la motivation à changer, la modification des habitudes de consommation, l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les substances psychoactives et l'adoption de stratégies comportementales de protection.

Mots clés : Consommation de substances psychoactives, Programme de prévention, Projet pilote, Réduction des méfaits, Adolescence, Implantation, Effets perçus.

Abstract

Adolescence is a critical moment to prevent substance abuse considering that it is a period favourable for first experiments with drugs. It is especially important to offer programs to at-risk teenagers because they are more inclined to develop an addiction. This research project aims to describe the fidelity of implementation and identify the perceived effects of the pilot of the *Groupe de réflexion sur les drogues* (2nd generation) (GRD), an innovative prevention program for teenagers with problematic substance use or at risk of becoming it. The sample includes four teenagers residing in two readaptation units of the Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire as well as to educators having delivered the program. Logs, questionnaires and individual interviews allowed to collect data. Descriptive quantitative analysis and qualitative thematic analysis were performed. Overall, results show that the GRD was established as it was conceived and that the participants benefited from the activities intended in the instructor's guide. Results also show some possible effects, especially on increasing motivation to change, modifying consumption patterns, learning new knowledge on drugs and using protective behavioral strategies. Involvements for research and practice are also discussed.

Keywords: Substance use, Prevention program, Pilot project, Harm reduction, Adolescence, Implementation, Effects.

Table des matières

Résumé.....	I
Abstract.....	II
Table des matières.....	III
Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VI
Liste des signes et des abréviations.....	VII
Remerciements.....	VIII
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
Définitions.....	2
Les substances psychoactives.....	2
Types ou niveaux de consommation.....	4
Prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les adolescents québécois.....	6
Étiologie de la consommation de substances psychoactives.....	7
Conséquences de l'usage de substances psychoactives à l'adolescence.....	12
La prévention de l'usage de substances psychoactives.....	14
Le Groupe de réflexion sur les drogues.....	18
Les objectifs du GRD.....	23
L'évaluation de programme.....	26
Objectifs de l'étude.....	27
Méthodologie.....	28
Participants.....	28
Procédure.....	31
Mesures.....	32
Implantation.....	32
Effets perçus.....	34
Mesures de la motivation à changer.....	35
Mesures du niveau de connaissances sur les substances psychoactives.....	35
Mesures des habitudes de consommation.....	36
Mesures des méfaits et des conséquences négatives liées à l'usage.....	38

Mesure des stratégies comportementales de protection.....	39
Stratégie analytique.....	39
Résultats.....	40
L’implantation.....	41
Le dosage.....	41
La qualité de la participation.....	41
La qualité de l’animation.....	42
La conformité.....	42
La différenciation.....	43
Les effets perçus.....	43
La motivation à changer.....	43
Les connaissances sur les SPA.....	46
La modification des habitudes de consommation.....	47
La réduction des méfaits et des conséquences liées à la consommation.....	51
L’adoption de stratégies comportementales de protection.....	52
Les autres effets perçus.....	54
Discussion.....	57
Implication pour la recherche et la pratique.....	63
Forces et limites.....	65
Conclusion.....	68
Références.....	69
Annexe I.....	76
Annexe II.....	82
Annexe III.....	83
Annexe IV.....	84
Annexe V.....	85
Annexe VI.....	86

Liste des tableaux

Tableau I. La mise à jour du GRD	19
Tableau II. Résultats des dimensions de l'implantation	41
Tableau III. Résumé des effets perçus	57

Liste des figures

Figure 1. Modèle logique de l'intervention	25
Figure 2. Effets perçus sur la motivation à changer pour l'alcool.....	44
Figure 3. Effets perçus sur la motivation à changer pour le cannabis	45
Figure 4. Effets perçus sur les connaissances sur les SPA	46
Figure 5. Effets perçus sur la fréquence de consommation	49
Figure 6. Effets perçus sur la quantité d'alcool consommée.....	50
Figure 7. Effets perçus sur la quantité de cannabis consommée.....	50
Figure 8. Effets perçus sur les méfaits et les conséquences.....	52
Figure 9. Effets perçus sur l'adoption des stratégies comportementales de protection.....	53

Liste des signes et des abréviations

CJ : Centre jeunesse

CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e édition)

GRD : Groupe de réflexion sur les drogues (2^e génération)

SPA : Substance psychoactive

Remerciements

C'est ainsi que se termine mon long parcours scolaire pendant lequel je suis devenue particulièrement douée à jongler travail, études, voyages et vie sociale. Je n'y serais jamais parvenue sans tout le soutien offert par mon entourage et pour cela, je vous remercie de tout mon cœur!

Je tiens d'abord à remercier mes directeurs, Jean-Sébastien Fallu et Frédéric Nault-Brière, de m'avoir donné l'opportunité de m'impliquer dans un projet qui a su combiner mes intérêts pour l'intervention clinique et la recherche. Ma contribution dans la mise à jour du GRD m'a permis d'en apprendre énormément sur l'élaboration et l'évaluation de programme.

Ce projet n'aurait pu être possible sans le travail dévoué de ces deux éducateurs et la participation des quatre adolescents qui ont accepté de me raconter leurs expériences vécues pendant le programme. Un grand merci à Lise Durocher de m'avoir permis de prendre une part active dans la mise à jour du GRD.

Enfin, merci aux personnes qui ont cru en moi et qui m'ont encouragée à persévérer à travers toutes ces années. Merci à ma famille (Mireille, Joseph, Colette et Vincent) et à mes amis (Catherine, Caroline, Marie-Pier et Gabrielle) de m'avoir écoutée et d'avoir su trouver les mots justes pour m'encourager.

Introduction

La consommation de substances psychoactives (SPA) est une réalité mondiale qui perdure à travers les époques. Elle affecte particulièrement les adolescents puisque les premières expériences de consommation sont habituellement faites à cet âge (Laprise, Gagnon, Leclerc et Cazale, 2012). Au Québec, près d'un quart des adolescents fréquentant le secondaire auraient fait usage de drogues dans la dernière année tandis que cette proportion atteint 57% pour la consommation d'alcool (Traoré et al., 2014). L'usage de SPA à l'adolescence présente des risques importants, notamment puisqu'il s'agit d'une période de transformation majeure. Entre autres, la consommation pourrait perturber le développement neurocognitif des adolescents (Crews, He et Hodge, 2007).

La prévention devient alors un élément central pour diminuer les risques de surconsommation, de conséquences négatives et de dépendance à l'adolescence. Plusieurs études ont été menées afin de connaître les éléments essentiels d'un programme de prévention ayant des répercussions positives chez cette clientèle (Gottfredson et Wilson, 2003; Laventure, Boisvert et Besnard, 2010). Toutefois, peu de programmes de prévention actuels s'adressent aux adolescents ayant une consommation problématique ou à risque de le devenir (ONUDD, 2015).

L'objet de ce mémoire consiste à évaluer le pilote du *Groupe de réflexion sur les drogues (2^e génération)* (GRD), un programme de prévention ciblée-indiquée offert aux adolescents ayant une consommation problématique ou à risque de le devenir. La première version de ce programme était utilisée depuis 2005 sans toutefois, avoir fait l'objet d'une évaluation systématique. Cette étape initiale, suivant la mise à jour du programme, aspire à explorer la faisabilité de celui-ci avant d'entamer une étude à plus

grande échelle qui aura lieu subséquemment. Plus précisément, cette recherche, réalisée dans deux unités de réadaptation du Centre jeunesse de Montréal, vise à décrire la mise en œuvre du GRD et d'identifier ses effets perçus au niveau de la motivation à changer, l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les substances psychoactives, la réduction ou un arrêt de l'usage (fréquence, variété, quantité, beuverie, etc.), la réduction des méfaits et des conséquences liés à la consommation et enfin, l'adoption de stratégies comportementales de protection.

Cette introduction sera suivie du contexte théorique où les thèmes à l'étude seront définis en débutant par les substances psychoactives ainsi que les types de consommation possibles. La prévalence et l'étiologie de l'usage de SPA seront ensuite abordées pour dresser un portrait de l'usage de drogues chez les adolescents. Les nombreuses conséquences liées à la consommation seront également décrites pour justifier l'importance de la prévention de l'usage et le programme à l'étude, deux thèmes également exposés dans ce mémoire. Enfin, le contexte théorique se terminera en expliquant l'importance de l'évaluation de programme et la façon d'y procéder. Les objectifs de l'étude et les éléments de méthodologie utilisés seront exposés, pour terminer avec les résultats et la discussion qui viendront clore ce mémoire.

Contexte théorique

Définitions

Les substances psychoactives. Les substances psychoactives, aussi appelées psychotropes, sont des substances qui agissent sur le système nerveux central en modifiant le fonctionnement mental d'un individu. Elles peuvent provoquer des

altérations dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques (Amar, 2007). Il existe trois grandes catégories de SPA soit les dépresseurs du système nerveux central, les stimulants du système nerveux central et les perturbateurs du système nerveux central (Amar, 2007). La catégorie des dépresseurs du système nerveux central comprend, entre autres, l'alcool et les opiacés tels que l'héroïne. La cocaïne, les amphétamines et le café font partie de la catégorie des stimulants du système nerveux central. Enfin, le cannabis, le LSD et les champignons magiques entrent dans la catégorie des perturbateurs du système nerveux central (Amar, 2014).

Les substances sont catégorisées selon les effets qu'elles produisent sur le système nerveux central. Un dépresseur diminue le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau (Amar, 2014). Il provoque une sensation de détente et de bien-être ainsi qu'une perte d'inhibition (Gagnon et Rochefort, 2010). Un stimulant du système nerveux central, quant à lui, accélère le processus mental et augmente le niveau d'éveil (Amar, 2014). Ce type de substance engendre un état d'excitation ainsi qu'un sentiment d'assurance et de contrôle de soi (Gagnon et Rochefort, 2010). Enfin, les perturbateurs induisent des altérations plus ou moins marquées du fonctionnement cérébral, de la perception, de l'humeur et des processus cognitifs (Amar, 2014). Ces substances provoquent une perturbation de l'environnement, du temps et de l'espace qui peut être accompagnée d'une confusion des sens et d'une plus grande sensibilité aux couleurs et aux sons (Gagnon et Rochefort, 2010).

L'effet induit par une substance psychoactive ne dépend pas uniquement des caractéristiques de celle-ci (type de drogue, quantité, pureté, etc.). Il résulte également des caractéristiques de l'individu (sexe, âge, poids, etc.), du contexte dans lequel la

substance sera prise (l'ambiance, le lieu, etc.) et leur interaction (Peele, 1982). Cette interaction est connue sous le nom de *Loi de l'effet*. Ce concept joue un rôle important dans la prévention des risques liés à la consommation de SPA. En effet, la modification d'un élément compris dans cette interaction peut réduire ou augmenter l'effet ressenti et par conséquent, réduire ou augmenter les risques liés à un épisode de consommation. Par exemple, prenons un adolescent qui consomme trois bières, celui-ci pourrait ressentir un effet très différent tout dépendant s'il a également consommé du cannabis (substance), s'il est bien reposé et a bien mangé (individu) ou s'il se trouve dans une soirée entre amis ou dans un parc en risquant de se faire intercepter par la police (contexte).

Types ou niveaux de consommation. Le terme « usage » signifie une consommation d'une ou plusieurs SPA. Habituellement, l'usage n'entraîne pas de conséquences négatives pour la personne ou les autres (Amar, 2014).

La définition des termes « abus », « usage abusif » ou « usage à risque » varie grandement selon les perspectives. Dans une perspective sociale, Jaffe (1980, cité dans Amar, 2015) présente l'abus comme « l'usage de toute drogue, habituellement par auto-administration, d'une manière telle qu'il se dévie des normes médicales ou sociales approuvées à l'intérieur d'une culture donnée. Le terme exprime une notion de désapprobation sociale et n'est pas nécessairement descriptif d'un profil particulier relié à l'usage d'une drogue ou à ses conséquences adverses potentielles. ». Par ailleurs, dans une perspective médicale, l'Association Médicale Américaine décrit l'abus comme « tout usage d'une drogue qui cause un dommage physique, psychologique, économique, légal ou social au consommateur ou à d'autres personnes affectées par le comportement de ce dernier. » (Amar, 2015).

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) amène un changement important dans la définition des troubles liés aux substances psychoactives. Les diagnostics d'abus de substance et de dépendance ont été retirés pour être combinés et remplacés par le trouble lié à l'usage d'une substance. Il s'agit d'un continuum de sévérité correspondant à la quantité de symptômes vécus par l'individu où le seuil diagnostique se situe à deux symptômes sur 11 possibles sur une période d'un an. Ces symptômes sont : l'incapacité de remplir ses obligations majeures, l'usage lors de situations qui présentent un risque physique dangereux, les problèmes interpersonnels ou sociaux, la tolérance, le sevrage, la perte de contrôle sur la quantité consommée ou le temps prévu pour la consommation, le désir persistant et les efforts infructueux pour diminuer, beaucoup de temps consacré à obtenir la substance, l'utiliser ou récupérer de ses effets, la réduction des activités sociales et professionnelles au profit de la consommation, le maintien de la consommation bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance et finalement, le désir ou l'obsession persistante de consommer (American Psychiatric Association, 2013).

Bien que la notion de « dépendance » ait été retirée du DSM-5, elle est toujours fréquemment utilisée et nécessite d'être définie. Selon Amar (2014), la dépendance se caractérise par quatre symptômes : l'impossibilité de résister au besoin de consommer, l'accroissement de la tension interne et de l'anxiété avant la consommation habituelle, le soulagement ressenti lors de la consommation et le sentiment de perte de contrôle de soi pendant la consommation.

Prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les adolescents québécois

Selon l'Institut de la statistique du Québec (Traoré et al., 2014), la consommation de drogues et d'alcool chez les élèves du secondaire aurait diminué depuis le début des années 2000. En effet, le nombre d'adolescents ayant consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois passe de 71 % en 2000 à 57% en 2013. La tendance serait semblable en ce qui concerne la consommation de drogues. Le nombre d'adolescents ayant consommé des drogues pendant la dernière année passe de 43% en 2000 à 24% en 2013 (Traoré et al., 2014). Parmi les jeunes Québécois, 8% seraient des consommateurs réguliers de cannabis, c'est-à-dire une fois par semaine, et 2,5% consommeraient sur une base quotidienne (Gagnon, 2009).

La situation serait très différente chez les jeunes en difficulté, particulièrement ceux admis en Centre jeunesse (CJ). Notamment, la proportion de jeunes consommateurs serait beaucoup plus préoccupante chez cette population. Plus de la moitié des adolescents âgés de 14 à 17 ans, admis en CJ, (56,6%) aurait connu un épisode de consommation régulière d'alcool au cours de sa vie. Un jeune sur quatre aurait consommé de l'alcool trois fois ou plus par semaine au cours de l'année précédant leur admission (Lambert et al., 2012). Parallèlement, la situation est semblable pour ce qui est de l'usage de drogues illicites. Presque la totalité des jeunes admis en CJ aurait déjà consommé de la drogue au cours de sa vie et 79,1% d'entre eux auraient déjà eu un épisode de consommation régulière. Parmi les jeunes ayant consommé du cannabis dans l'année précédant leur admission, 45,5% des filles et 65,6% des garçons en auraient consommé tous les jours. Enfin, 76,3% des jeunes de 14 à 20 ans admis en CJ

présenteraient soit un problème émergent de consommation d'alcool ou de drogues ou un problème évident nécessitant une intervention spécialisée (Lambert, et al., 2012).

Étiologie de la consommation de substances psychoactives

Une meilleure compréhension du développement de l'usage de SPA et des conséquences associées permet d'améliorer les pratiques utilisées en ce qui concerne la prévention et l'intervention auprès des jeunes consommateurs. Petraitis, Flay et Miller (1995) ont recensé 14 théories explicatives de l'usage de SPA qui ont minimalement reçu un appui empirique. Ces auteurs ont regroupé ces théories selon leurs similitudes en quatre catégories.

La première catégorie de théories soutient que le choix de consommer repose dans l'anticipation de certaines attentes et perceptions tenues par l'adolescent envers les substances et dans l'influence des autres caractéristiques propres à l'adolescent telles que les traits de personnalité (Petraitis et al., 1995). La théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980) s'inscrit dans cette vision. Selon cette théorie, la consommation des adolescents résulte de l'analyse des bénéfices et conséquences de ce geste. Un adolescent qui anticipe davantage de bénéfices que de conséquences liées à la consommation choisirait davantage d'adopter ce comportement. Le choix serait également influencé par la perception qu'a l'adolescent des normes sociales. La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) ajoute un élément aux deux concepts de la théorie précédente. Le sentiment d'auto-efficacité (capacité à exercer convenablement un comportement) aurait également un impact dans la décision d'adopter ou non un comportement. Dans ce contexte, l'auto-efficacité peut être perçue comme le sentiment de l'adolescent d'avoir la

capacité de se procurer et consommer la substance ou la capacité de refuser de consommer devant la pression des pairs.

La deuxième catégorie de théories recensées par Petraitis et al. (1995) est celle des processus liés à l'apprentissage social. Ces théories postulent que les cognitions liées aux comportements déviants apparaissent à travers les modèles sociaux, particulièrement les amis et la famille. Selon la théorie de l'apprentissage social (Akers, 1977), la consommation de SPA serait encouragée par les attitudes et comportements adoptés par les individus qui servent de modèles aux adolescents. La consommation passerait par trois niveaux soit l'observation et l'imitation des comportements, le renforcement social des comportements de consommation et finalement, l'intégration des attentes positives liées à la consommation. Bandura (1982) ajoute le concept d'auto-efficacité dans l'intégration des comportements déviants par apprentissage social. En effet, cet auteur propose que, face à la consommation de substance, un individu puisse se sentir efficace dans l'utilisation d'une substance psychoactive, mais aussi, dans le refus de la consommation en présence des pairs.

La troisième catégorie de théorie explicative de la consommation de SPA est l'engagement conventionnel et l'attachement social (Petraitis et al., 1995). Cette catégorie regroupe des théories qui placent l'attachement social au centre de la consommation de SPA. Celle-ci comprend la théorie du contrôle social (Elliott, Huizinga, et Ageton, 1985) et le modèle de développement social (Hawkins et Weis, 1985). Selon ces théories, un adolescent ayant un faible sentiment d'appartenance envers son milieu de vie serait moins propice à adhérer aux standards comportementaux conventionnels. De cette façon, un adolescent qui aurait de faibles liens d'attachement s'engagerait moins

envers les valeurs véhiculées par la société et les modèles conventionnels tels que les parents et les enseignants. Cela ferait en sorte qu'il serait plus enclin à adopter des comportements marginaux comme la consommation de drogues. La théorie de contrôle social (Elliott, Huizinga, et Ageton, 1985) explique ces faibles liens d'attachement par trois hypothèses. La première est que les faibles liens d'attachement seraient provoqués par une démotivation liée à différentes frustrations. Par exemple, ces frustrations peuvent provenir de l'écart entre les aspirations de l'adolescent et sa perception des occasions disponibles ou l'écart entre la relation familiale souhaitée et celle déjà existante. La seconde hypothèse est celle où l'adolescent ne ressentirait pas d'attachement envers la société puisqu'il vient d'un quartier désorganisé (criminalité et employabilité faible). Enfin, la théorie du contrôle social soulève une troisième hypothèse qui soutient qu'un adolescent, dans le cas où les situations précédentes ne s'appliqueraient pas, peut avoir un faible attachement envers la société conventionnelle et développer des comportements déviants s'il n'a pas été socialisé convenablement. Le modèle de développement social (Hawkins et Weis, 1985) s'intéresse davantage aux caractéristiques de l'individu, son développement social et ses interactions sociales. Plus précisément, cette théorie soutient qu'un adolescent sera plus propice de consommer des SPA si, pendant son développement, ce dernier a reçu peu de renforcements et de reconnaissances pour ses comportements et compétences.

La quatrième et dernière catégorie présentée par Petraitis et al., (1995) inclut les théories où les caractéristiques individuelles jouent un rôle majeur dans la consommation de SPA à l'adolescence. Cette catégorie inclut quatre théories : le modèle social écologique (Kumpfer et Turner, 1990), la théorie de l'auto-dérogation (Kaplan, 1975),

le *multistage social learning model* (Simons, Conger et Whitbeck, 1988) et la théorie des interactions familiales (Brook, Brook, Gordon, Whiteman et Cohen, 1990). Ces théories soutiennent que, dans un environnement social donné, les adolescents évolueront différemment quant à l'attachement aux pairs déviant et leurs motifs de consommation. Leur cheminement repose d'abord dans leurs caractéristiques individuelles qui peuvent être circonstancielle ou ancrées. Premièrement, le modèle social écologique (Kumpfer and Turner, 1990) avance que les adolescents vivant du stress et des insatisfactions à l'école auraient tendance à se retirer des activités de celle-ci et ainsi, serait plus à risque de s'associer à des pairs déviants et consommer des SPA. Deuxièmement, la théorie de l'auto-dérogation (Kaplan, 1975) attribue à l'estime de soi une fonction centrale dans la consommation de SPA. Cet auteur propose que les adolescents vivant fréquemment des critiques négatives de la part de modèle conventionnel développent une faible estime de soi. Ce dernier qui se sentirait rejeté deviendrait plus enclin à fréquenter des pairs marginaux. Troisièmement, le *multistage social learning model* (Simons, Conger et Whitbeck, 1988) ajoute à la théorie d'apprentissage social des caractéristiques personnelles qui mèneraient les adolescents à s'associer à des pairs déviants (faible estime de soi, détresse émotionnelle et manque d'habiletés sociales). Finalement, la théorie des interactions familiales (Brook, Brook, Gordon, Whiteman et Cohen, 1990) explique la consommation de SPA par la qualité de la relation avec les parents. Selon ces auteurs, la qualité de l'attachement aux parents dépendrait des valeurs conventionnelles des parents, d'un style parental chaleureux, de l'ajustement psychologique de la mère et l'encadrement offert par celle-ci.

En ce sens, les facteurs qui augmentent les risques de consommer des SPA et de développer une consommation problématique s'intègrent dans ces différentes théories. Hawkins, Catalano et Miller (1992) ont rapporté plusieurs facteurs de risque de la consommation abusive de SPA chez les adolescents et les jeunes adultes. Ces facteurs peuvent être contextuels, individuels et interpersonnels. Du point de vue contextuel, les normes sociales et la législation des substances ont une influence sur leur consommation (Hawkins et al., 1992). Par exemple, la diminution des prix de l'alcool et la diminution de l'âge légal de consommation seraient liées à l'augmentation des risques de consommation abusive. L'accessibilité joue également un rôle important. En général, plus une substance est accessible, plus la consommation et la consommation abusive seraient présentes. Bien que le statut socioéconomique soit lié négativement à la délinquance, aucun lien semblable n'a été trouvé pour l'usage de SPA chez les adolescents (Hawkins et al., 1992).

Différentes caractéristiques individuelles peuvent également augmenter le risque de consommation et de consommation problématique chez les adolescents. La recherche de sensation forte et l'impulsivité seraient liées à la consommation de SPA (Hawkins et al., 1992).

En plus de la transmission intergénérationnelle de la dépendance, la consommation dans la famille augmenterait les risques de consommation chez les adolescents par observation et imitation (Hawkins et al., 1992). D'autres caractéristiques du contexte familial telles que de pauvres habiletés parentales, la présence de conflits familiaux, une faible relation parent-enfant augmenteraient les risques de consommation abusive (Brook, Brook, Gordon, Whiteman et Cohen, 1990).

Conséquences de l'usage de substances psychoactives à l'adolescence

L'usage régulier et prolongé de substances psychoactives peut entraîner des conséquences négatives (Paglia-Boak et Adlaf, 2007). Ces conséquences sont présentées et regroupées ci-dessous dans quatre catégories soit les conséquences sur la santé mentale, les conséquences sur le développement neurocognitif, les conséquences sur la santé physique et les conséquences psychosociales.

Tout d'abord, plusieurs études montrent la relation entre la consommation de SPA et la présence de trouble de santé mentale (Fergusson et Horwood, 1997; McGee, Williams, Poulton et Moffitt, 2000). Notamment, les adolescents qui consomment du cannabis auraient davantage de risques de développer un problème de dépendance que ceux qui n'en consomment pas (McGee et al., 2000). En effet, un usage précoce et régulier de cannabis à l'adolescence augmenterait les risques de dépendance (Gagnon et Rochefort, 2010). L'âge précoce de la première consommation de cannabis serait également un élément considérable dans la prédiction des troubles de santé mentale à l'âge adulte (Fergusson et Horwood, 1997). Plusieurs troubles de santé mentale sont observés en concomitance avec la consommation de SPA : les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles bipolaires, les troubles des conduites, la dépression, les troubles de l'alimentation, les troubles d'apprentissage, le stress post-traumatique, la schizophrénie et l'anxiété sociale (Gagnon et Rochefort, 2010).

Considérant que le cerveau des adolescents est en transformation majeure, la consommation d'alcool et de drogues peut affecter le développement neurocognitif de ceux-ci (Crews, et al., 2007). L'usage de cannabis pourrait avoir un impact sur les

capacités cognitives des adolescents (Volkow et al., 2016). Une baisse du QI, une baisse de la vitesse de traitement de l'information et une diminution des fonctions de la mémoire seraient également notées chez les consommateurs réguliers de cannabis (Fried, Watkinson et Gray, 2005). Cependant, une étude récente (Mokrysz et al., 2016) présente des résultats contradictoires qui soutiennent que le QI et la performance scolaire ne seraient pas liés à la consommation de cannabis. Enfin, selon Tapert et ses collaborateurs (2002), la capacité attentionnelle des adolescents serait également affectée par la consommation d'alcool, de cannabis et de stimulants.

En plus d'avoir des conséquences sur le développement des adolescents, l'usage de SPA présente des risques pour la santé physique. Les adolescents qui consomment des SPA seraient plus enclins à adopter des comportements à risque ayant un impact direct sur leur santé physique. Notamment, les adolescents ayant un problème de consommation seraient plus à risque d'adopter des comportements sexuels à risque tels qu'avoir plusieurs partenaires et avoir des relations sexuelles non protégées (Tapert, Aarons, Sedlar et Brown, 2001). De plus, la consommation excessive d'alcool serait liée à différentes blessures physiques et aux relations sexuelles non désirées (Wechsler, Dowdall, Davenport et Castillo, 1995). Les conséquences sur la santé peuvent aussi être attribuables au mode d'administration. Par exemple, fumer une substance peut mener à des problèmes respiratoires tandis que s'injecter une substance augmente le risque de surdose et favorise la propagation de virus transmissibles par le sang (Paglia-Boak et Adlaf, 2007).

Enfin, au point de vue psychosocial, la consommation de cannabis serait liée à une baisse de la motivation à accomplir des tâches liées à un objectif précis (Volkow et

al., 2016). Au plan académique, l'usage régulier et prolongé de cannabis serait associé aux échecs et à l'abandon des études (Paglia-Boak et Adlaf, 2007). L'association entre l'usage de SPA et le décrochage scolaire est observée dans plusieurs études telles que rapportées par Townsend, Flisher et King (2007) dans une revue systématique sur le sujet. D'autre part, l'usage de SPA serait lié à la violence et la délinquance. Les jeunes utilisateurs de SPA seraient deux fois plus à risque d'être impliqués dans des actes violents que les jeunes qui ne consomment pas (SAMHSA, 2006). De plus, la quantité d'actes violents posés augmenterait avec le nombre de substances consommées (SAMHSA, 2006). Pour les jeunes contrevenants, l'intoxication serait un facteur significatif pouvant mener à la violence. En effet, presque la totalité des jeunes contrevenants avouerait avoir déjà consommé une drogue illicite au cours de leur vie (Brochu, Cousineau, Provost, Erickson et Fu, 2010). Les adolescents placés en Centre jeunesse à la suite d'un délit auraient davantage de problèmes liés à leur consommation que ceux placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (Tremblay, Blanchette-Martin et Garceau, 2004).

La prévention de l'usage de substances psychoactives

Les interventions préventives liées à l'usage des SPA visent à réduire l'apparition de la consommation, des conséquences négatives et la progression vers l'abus ou la dépendance (Robertson et al., 2015). La prévention des conséquences négatives liées à l'usage de SPA se fait à trois niveaux : la prévention universelle pour la population générale, la prévention sélective pour les individus ayant des vulnérabilités augmentant le risque de développer la problématique et la prévention indiquée pour ceux montrant les premiers signes d'un problème émergent (Robertson et al., 2015). Bien que la prévention

universelle rejoigne un plus grand nombre de personnes, la prévention sélective serait plus efficace puisqu'elle s'adresse à des sous-groupes de consommateurs à risque et ainsi, peut viser des objectifs adaptés à la clientèle (Santé Canada, 2001).

Par ailleurs, différents éléments liés à la structure peuvent influencer l'efficacité des programmes de prévention de l'usage des SPA. Tout d'abord, les programmes de prévention de l'usage de SPA sont habituellement animés par différents professionnels psychosociaux (enseignants, éducateurs spécialisés et psychoéducateurs). La formation de ces professionnels et la rigueur de ceux-ci à appliquer le programme tel qu'il a été conçu sont des éléments centraux permettant l'atteinte des objectifs (Gottfredson et Wilson, 2003). Ensuite, bien que la durée du programme joue un rôle mitigé dans la littérature, l'intensité serait, quant à elle, un facteur prédictif de l'atteinte des objectifs du programme (Laventure et al., 2010). Les programmes d'une plus grande intensité seraient plus efficaces. Certains auteurs recommandent des séances d'au moins 45 minutes par semaine (Santé Canada, 2001), mais d'autres recommandent des séances plus longues (Springer et al., 2004).

Évidemment, le contenu des programmes joue également un rôle important dans les résultats obtenus. En effet, il serait préférable que les programmes visent l'éducation des participants plutôt que le contrôle des comportements de consommation. Les programmes devraient être adaptés selon l'âge des participants. Laventure, Boisvert et Besnard (2010) rapportent que les programmes offerts aux jeunes à la fin du primaire devraient viser à empêcher ou retarder l'initiation à la consommation, tandis que ceux offerts aux jeunes du secondaire devraient viser la réduction des méfaits, ce qui n'empêche pas de viser à réduire aussi l'usage. De plus, le développement de différentes

compétences telles que la résolution de problèmes, la prise de décision, la communication et l'affirmation serait efficace pour certains jeunes.

Les programmes basés sur l'entretien motivationnel et les approches cognitives comportementales sont fréquents et ont habituellement de bons effets pour réduire la consommation chez les adolescents (Gagnon, April et Tessier, 2012). L'entretien motivationnel vise l'augmentation de la motivation intrinsèque à modifier un comportement par l'exploration et la résolution de son ambivalence tandis que les approches cognitives comportementales regroupent un ensemble de techniques telles que l'analyse fonctionnelle de la consommation, l'identification des déclencheurs et l'entraînement aux habiletés de refus (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand et Landry, 2010).

Les programmes d'intervention basés sur la réduction des méfaits privilégient une approche axée sur le pragmatisme et l'humanisme qui vise d'abord et avant tout la diminution des conséquences négatives de la consommation. Ces interventions visent habituellement davantage les adultes que les adolescents (Poulin, 2006). Cela s'explique par le fait que la consommation de SPA est, dans tous les cas, illégale pour les adolescents et qu'en admettant que quelques-uns choisissent de le faire tout même pourrait, selon la croyance de certains, cautionner et encourager leur geste. Cependant, une étude menée sur le programme SHAHRP, un projet visant la diminution des conséquences négatives liées à la consommation d'alcool chez les adolescents en milieu scolaire, suggère que les interventions basées sur la réduction des méfaits sont efficaces auprès des adolescents (McBride, Farrington, Midford, Meuleners et Phillips, 2004). Cette étude démontre des effets sur les connaissances, l'attitude et les comportements des

adolescents. Notamment, les participants étaient plus propices à adopter des attitudes sécuritaires à l'égard de la consommation d'alcool que les adolescents n'ayant pas participé au programme (McBride et al., 2004).

L'apprentissage des stratégies comportementales de protection s'inscrit également dans l'approche de réduction des méfaits. Il s'agit de techniques pouvant être mises en place par un individu qui choisirait de consommer, mais de réduire les risques et conséquences encourus (Martens, Pederson, LaBrie, Ferrier et Cimini, 2007). Par exemple, un individu pourrait choisir d'accompagner sa boisson alcoolisée par de la nourriture ou de débiter par la moitié de la dose envisagée d'une substance illicite pour en vérifier l'effet. Certaines études montrent une relation entre l'utilisation de telles stratégies et la diminution des conséquences négatives liées à la consommation d'alcool chez les étudiants universitaires (Benton, et al., 2004, Delva et al., 2004).

Inversement, certaines approches utilisées peuvent ne provoquer aucun effet sur la consommation de drogues tandis que d'autres peuvent même avoir des effets iatrogènes sur les participants (Dishion, McCord et Poulin, 1999; Moos, 2005; Werch et Owen, 2002). La littérature montre que semer la peur des drogues est inefficace dans la prévention des toxicomanies (Laventure et al., 2010). Les programmes orientés vers les mesures de contrôle ainsi que ceux divulguant des données inexacts et transmettant un message simpliste, moralisateur et fataliste s'avèrent aussi inefficaces dans la prévention de la toxicomanie à l'adolescence (Laventure et al., 2010).

Le Groupe de réflexion sur les drogues

Le Groupe de réflexion sur les drogues (GRD) est un programme de prévention ciblée-sélective et indiquée, utilisé par les Centres jeunesse et autres organismes depuis 2005. Ce dernier n'a pourtant jamais fait l'objet d'une évaluation systématique. L'évaluation du GRD s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Boscoville et l'Université de Montréal. En plus d'avoir été développé par le CJM-IU, ce programme a été choisi parce qu'il répond au besoin de l'organisation d'avoir un outil efficace pour intervenir auprès de cette clientèle vulnérable. Cette collaboration débuta avec le rassemblement de différents témoignages des intervenants ayant animé le programme. En général, les témoignages de ceux-ci ont fait ressortir la pertinence du GRD, mais ont soulevé le besoin d'une bonification. Un comité de développement, comprenant conseillers-cadres et chercheurs, a donc été créé dans le but de mettre à jour le GRD en se basant sur une recension des écrits internationaux et des pratiques québécoises. Un comité consultatif regroupant différents organismes œuvrant dans le domaine de l'intervention a également été établi pour partager leurs impressions à différents moments pendant le processus. La présente étude est l'étape initiale suivant la mise à jour du programme. Le but du projet-pilote est de vérifier, d'abord à petite échelle, la faisabilité et l'utilité du programme bonifié. Une étude expérimentale plus large sera ensuite effectuée auprès d'un échantillon plus grand pour confirmer l'efficacité du programme.

La version initiale du programme comportait huit rencontres ayant entre une et quatre activités pour une durée totale variant de 1h10 à 1h40. Le programme incluait également des activités complémentaires pouvant être incluses ou non dans l'animation.

Le tableau I expose les différences entre la première et la deuxième version du programme quant à la structure du programme (thèmes, durée et activités). Plusieurs modifications ont été apportées : une rencontre a été ajoutée, le programme passe donc de 8 à 9 rencontres; la durée de chaque rencontre a été réduite d'environ 30 minutes pour atteindre une durée maximale d'une heure; la description des activités a été simplifiée pour faciliter l'animation; des activités individuelles ont été ajoutées pour pallier aux absences et personnaliser ainsi qu'approfondir les apprentissages. La durée d'exposition a été réduite dans le but de s'assurer que les adolescents maintiennent leur attention tout au long de la séance ainsi que de faciliter l'insertion dans une programmation du Centre jeunesse. En général, les thèmes et les objectifs sont demeurés semblables d'une version à l'autre, mais certaines activités ont été retirées pour accorder plus d'importance à d'autres. Par exemple, l'historique des drogues n'est plus présenté dans la nouvelle version.

Tableau I. La mise à jour du GRD

		GRD	GRD (2 ^e génération)
1 ^{re} rencontre	Thème	L'initiation à la démarche	C'est parti!
	Durée	1h40	1h
	Activités	1. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir à propos des drogues, mais que vous n'avez jamais osé demander! 2. Pi après...? Complémentaire. Salut mont pot! Ça roule?	1. Mythes et réalités 2. Le groupe de réflexion sur les drogues
2 ^e rencontre	Thème	Les substances	Les substances
	Durée	1h15	1h
	Activités	1. L'historique des drogues 2. Le tableau des drogues 3. Les définitions principales 4. Ce que vous savez sur les drogues – Quiz	1. Le tableau de drogues 2. De quoi on parle?
3 ^e rencontre	Thème	L'individu	L'individu
	Durée	1h30	1h
	Activités	1. Qui suis-je?	1. Les besoins humains et les motifs de

		2. Les besoins humains 3. Le continuum de consommation 4. La grille de dépistage de consommation problématique	consommation 2. L'individu le plus à risque
4 ^e rencontre	Thème Durée Activités	Les contextes et la loi de l'effet 1h30 1. Contextes de ma consommation d'alcool et de drogues (Questionnaire) 2. La loi de l'effet 3. Le jeu de la peanut	Les contextes et la loi de l'effet 1h 1. Les contextes de consommation 2. La loi de l'effet
5 ^e rencontre	Thème Durée Activité	Les avantages et les inconvénients 1h30 1. Ma première consommation 2. Les avantages et les inconvénients 3. Le cycle de l'assuétude	Des avantages... et des inconvénients 1h 1. Des conséquences positives et négatives de la consommation 2. La dépendance
6 ^e rencontre	Thème Durée Activités	Le plaisir et les alternatives 1h 1. Mon plus beau souvenir 2. Les alternatives à la consommation	Un regard sur soi! 1h 1. Mon profil de consommation 2. La balance décisionnelle
7 ^e rencontre	Thème Durée Activités	Le changement, le choix des objectifs et des moyens 1h30 1. La roue-miroir de Heimler 2. Une projection dans le futur 3. Mon plan personnel de changement	Répondre à mes besoins... autrement qu'en consommant 1h 1. Répondre à mes besoins... autrement qu'en consommant
8 ^e rencontre	Thème Durée Activités	Les ressources et l'évaluation de la démarche 1h30 1. Présentation des ressources d'aide en toxicomanie 2. Tout ce que vous savez de plus à propos des drogues 3. Appréciation de la démarche du GRD	Le changement 1h 1. Ma roue-miroir 2. Mon plan personnel de changement
9 ^e rencontre	Thème Durée Activités		Les ressources et l'évaluation de la démarche 1h 1. Le mécanisme d'accès jeunesse en dépendance de ma région et les ressources 2. Retour sur la démarche et activité récompense

Le GRD (2^e génération) comprend neuf rencontres animées dans les unités de vie du Centre jeunesse par un éducateur ayant préalablement reçu une formation sur le GRD. Cet éducateur est habituellement la personne relais en toxicomanie dans l'unité ce qui signifie qu'il participe régulièrement à des comités afin d'actualiser différentes actions en ce qui concerne la prévention en toxicomanie. Une période d'une heure est réservée dans la programmation hebdomadaire pour proposer des activités qui traitent des SPA et de la dépendance. Les adolescents ciblés doivent assister aux rencontres dans le cadre de leur séjour en centre de réadaptation avec hébergement du CJ. Chaque rencontre comprend deux activités chacune sur différents sujets : introduction à la démarche, les substances, l'individu, le contexte et la loi de l'effet, les avantages et les inconvénients, un regard sur soi, les alternatives, le changement et les ressources d'aide. Ces thèmes sont abordés à travers différents quiz, jeux de rôle, discussions et questionnaires. Les activités de groupe et individuelles portent notamment sur la compréhension et l'application des principes de la réduction des méfaits et de la loi de l'effet, c'est-à-dire, l'importance de considérer l'interaction entre les caractéristiques de la substance, de l'individu et du contexte pour bien comprendre les effets et les moyens de réduire les risques associés à la consommation en agissant sur ces paramètres. Les activités portent aussi sur l'apprentissage et la réflexion sur les motifs de consommation, les besoins, les stratégies alternatives de réponses à ses besoins, la résistance aux influences sociales, la prise de conscience des facteurs de risque de la consommation et de la consommation problématique, le cycle de l'assuétude, l'identification de sa propre motivation et d'objectifs de changement ainsi que sur le réseau des services en dépendance.

La clientèle ciblée par ce programme est les adolescents et adolescentes de 14 à 17 ans ayant une consommation problématique de substances psychoactives ou à risque de le devenir. Les participants potentiels sont identifiés par les intervenants en Centre jeunesse à partir de la Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec, 2013), aussi connu sous le nom de DEP-ADO. Le DEP-ADO a été conçu afin d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans pour déterminer quel niveau de services d'aide serait approprié (organisme de première ligne ou organisme spécialisé en dépendance). Les adolescents qui obtiennent un score correspondant au *feu jaune* (problème de consommation en émergence) ou au *feu rouge* (problème évident de consommation) sont invités à participer au programme. Un score correspondant au *feu jaune* signifie la présence d'un problème en émergence qui pourrait bénéficier d'une intervention en première ligne (organismes communautaires, CSSS, milieu scolaire, etc.). Un score désignant le *feu rouge* révèle un problème évident de consommation de SPA et l'adolescent devrait être dirigé vers une ressource spécialisée en dépendance après avoir subi une évaluation plus approfondie par un intervenant du mécanisme d'accès de sa région. Puisqu'il s'agit de services offerts sur des bases volontaires, un adolescent ayant un problème évident de consommation pourrait refuser ces derniers et uniquement bénéficier du GRD, ce qui n'est pas souhaitable. Dans ce cas, le programme peut être utilisé pour amorcer une réflexion avec l'adolescent et l'encourager à recevoir des services spécialisés en dépendance. Les adolescents consommateurs ayant un score de *feu vert* (aucun problème de

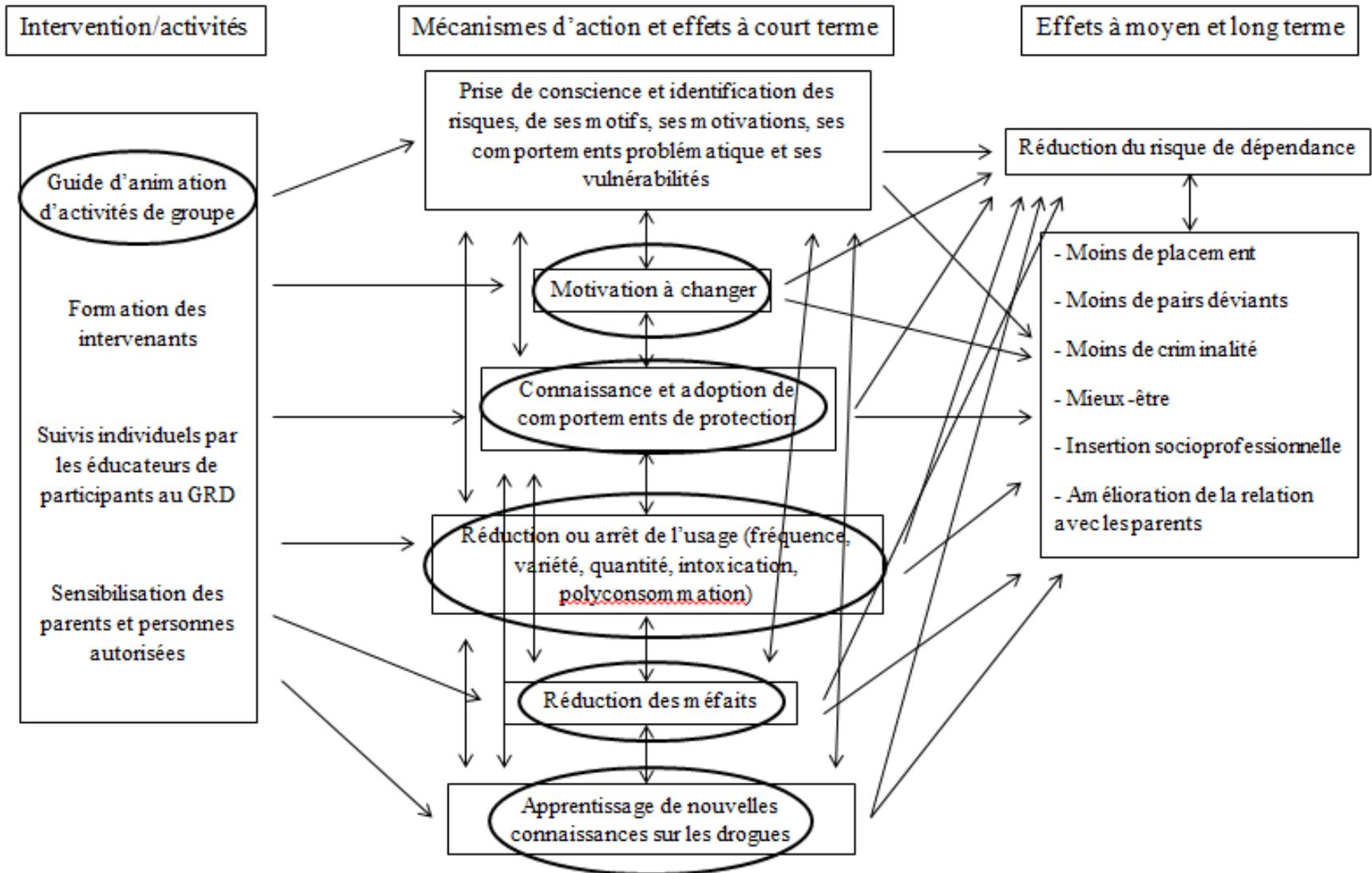
consommation) pourraient être inclus dans la mesure où ceux-ci présentent des risques de vivre des conséquences négatives liées à leur consommation.

Le GRD s'appuie sur différentes approches d'intervention. D'abord, l'approche cognitive comportementale (Bukstein, 1995) et l'approche psychoéducatrice (Gendreau, 1995; 2001; Renou, 2005) sont utilisées pour faciliter la prise de conscience des comportements problématiques à travers l'identification des risques, des motifs, des motivations et des vulnérabilités individuelles, et ce, dans le but de développer la capacité de l'adolescent à faire des choix éclairés. Le programme s'inspire aussi de l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002) en tentant de soutenir la motivation au changement chez les participants. Enfin, en s'inspirant du pragmatisme et de l'humanisme de l'approche de réduction des méfaits (Brisson, 2014; Midford et al., 2015), le programme s'appuie particulièrement sur l'enseignement visant l'adoption de stratégies comportementales de protection, notamment par la modification du contexte de consommation, du mode de consommation et de la substance consommée. Autrement dit, sans cautionner la consommation, le GRD soutient que, si un jeune décide de consommer, et bien que l'abstinence demeure la seule façon d'éviter complètement les conséquences négatives, il est souhaité qu'il le fasse en assurant sa sécurité. Cette approche est rarement utilisée auprès des adolescents ce qui fait du GRD un programme novateur.

Les objectifs du GRD. Le GRD poursuit différents objectifs à court terme (6 mois après la fin du programme), à moyen terme (1 à 2 ans) et à long terme (plus de 2 ans). Les effets perçus à court terme visés par le GRD sont de réduire ou d'arrêter l'usage de substances (fréquence, quantité, variété, beuveries) et/ou réduire les méfaits liés à

celle-ci (conséquences négatives liées à la consommation aux plans juridique, relationnel, sanitaire, etc.). À moyen terme, la réduction du risque de dépendance chez les participants est anticipée. Enfin, à long terme, il est prévu que le GRD contribue à une diminution des placements et de la criminalité, une baisse des pairs déviants, un mieux-être général, l'insertion socioprofessionnelle et l'amélioration de la relation avec les parents. La figure 1 présente une version adaptée du modèle logique sur lequel se base le GRD. Cette figure a été créée par le comité de développement responsable de la mise à jour du GRD. L'atteinte de ces objectifs est anticipée au moyen des mécanismes d'action suivant : la prise de conscience et l'identification des risques, des motifs, des motivations, des comportements problématiques et des vulnérabilités, le soutien à la motivation au changement et à aller chercher des services d'aide au besoin, l'adoption de stratégies comportementales de protection. Les éléments évalués dans ce mémoire sont encadrés.

Figure 1. Modèle logique de l'intervention



L'évaluation de programme

L'évaluation de programme est un domaine vaste qui sert à porter un jugement sur un ensemble de services intégrés, offerts à une clientèle particulière et visant des résultats spécifiques (Lamoureux, Desjardins, Gagnon, Gauthier et Sévigny, 1996). Ces auteurs décrivent la recherche évaluative comme étant : « une démarche d'investigation qui vise la compréhension en profondeur d'un service, d'un programme ou d'une politique afin de poser un jugement sur l'objet d'évaluation dans un but d'amélioration des connaissances. Plus particulièrement, il s'agit d'analyser la pertinence, les fondements théoriques, la structure, le processus, les effets et le rendement d'une intervention ainsi que les relations existantes entre ces composantes, dans le but d'acquérir des connaissances nouvelles relatives aux processus causaux sous-jacents aux interventions permettant le développement de meilleurs programmes d'intervention. ». L'évaluation peut être menée avant l'implantation du programme pour vérifier sa faisabilité, pendant pour documenter l'exécution ou après afin d'apprécier les résultats et examiner le processus par lequel ils se produisent. L'approche méthodologique choisie dépend, entre autres, de l'objectif poursuivi par l'évaluation. Il peut s'agir d'une analyse de données quantitatives ou qualitatives ou d'une combinaison des deux.

Dans les phases préliminaires d'un programme, l'évaluation de l'implantation permet de documenter l'exécution de celui-ci dans le but d'améliorer sa qualité en apportant une meilleure compréhension de ses différentes composantes (Durand, Coutu et Hong, 2014). Lors de l'évaluation, il est essentiel de vérifier si le programme a été appliqué de manière intègre à ce qui avait été prévu. L'objectif de vérifier l'intégrité du programme est de s'assurer que les effets escomptés sont bien attribuables à celui-ci

(Dane et Schneider, 1998; Borrelli et al., 2005). Il est démontré qu'une implantation de faible qualité est susceptible d'entraîner une perte de l'efficacité du programme (Dusenbery, Brannigan, Falco et Hansen, 2003).

Cinq éléments doivent être pris en compte lors de l'évaluation de l'implantation : le dosage, la qualité de la participation, la qualité de l'animation, la conformité et la différenciation (Dane et Schneider, 1998). Le dosage signifie la quantité d'interventions que le participant a reçue. Il s'agit de la fréquence et la durée de chacune des interventions. La qualité de la participation correspond à la réceptivité et l'engagement des participants dans le processus d'intervention. La qualité de l'animation se réfère à la manière dont les informations du programme sont transmises aux participants. La conformité du programme questionne si le programme a été appliqué tel qu'il a été développé. Enfin, la différenciation du programme aide à déterminer les éléments essentiels du programme et s'assurer que les résultats ne sont pas influencés par des éléments externes non prévus dans le programme (Dusenbery et al., 2003; Mihalic, 2004).

Objectifs de l'étude

Premièrement, cette recherche vise à évaluer l'implantation du pilote du Groupe de réflexion sur les drogues (2^e génération). Elle cherche à répondre à une première question (1) Le GRD a-t-il été implanté comme prévu en respectant les éléments de dosage, de qualité de la participation, de qualité de l'animation, de conformité et de différenciation?

Deuxièmement, ce mémoire vise à évaluer les effets perçus du GRD chez les participants et répondant à cette deuxième question (2) Le GRD favorise-t-il l'augmentation de la motivation à changer, l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les substances psychoactives, la réduction ou un arrêt de l'usage (fréquence, variété, quantité, beuverie), la réduction des méfaits et des conséquences liées à la consommation et enfin, l'adoption de stratégies comportementales de protection.

Méthodologie

Participants

Le pilote du GRD a été réalisé auprès de deux garçons et deux filles âgés de 15 à 17 ans. Lors de cette étude, les adolescents étaient hébergés au *Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire* dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le projet a été implanté dans deux unités de réadaptation soit une pour garçons et une pour filles. Les adolescents ciblés par ce programme sont des consommateurs d'au moins une substance psychoactive de manière expérimentale, occasionnelle ou régulière. Seuls les jeunes étant abstinents, selon de DEP-Ado, ont été exclus de cette étude. L'échantillon total de cette étude comprend quatre adolescents qui ont été présents du début à la fin du programme. Au départ, l'échantillon comprenait neuf jeunes, mais certains n'ont pas complété le programme pour différentes raisons (fugue, fin de placement, transfert d'unité, encadrement intensif, etc.). Le nombre d'adolescents ayant participé au dépistage initial est inconnu. Voici une description des 4 participants de l'étude :

- Le sujet 1 s'appelle Antoine (Nom fictif) et était âgé de 17 ans, au moment de l'étude. Antoine étudiait en secondaire 5 donc n'accumulait aucun retard au niveau scolaire. Antoine a été placé dans l'unité ouverte du CJM dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Son placement était d'une durée d'environ 6 mois pour trouble de comportement (consommation abusive, fréquentation à risque). Antoine consommait uniquement du cannabis, mais de manière régulière. En effet, il affirme avoir consommé plus de 40 fois dans le mois précédant la première collecte de données.
- Le sujet 2, Maxime (nom fictif), était âgé de 15 ans et étudiait en 4^e secondaire. Maxime vivait un placement d'une durée d'environ 6 mois lié à sa non-fréquentation scolaire, sa consommation abusive et ses fréquentations à risque. Dans les 30 jours précédant la première collecte de données, Maxime a consommé de l'alcool (6 à 9 fois), du cannabis (10 à 19 fois), des amphétamines (1 à 2 fois) et des champignons magiques (1 à 2 fois).
- Le sujet 3 était âgé de 16 ans et s'appelle Isabelle (nom fictif). Au moment de l'étude, l'adolescente avait terminé son secondaire 1. Elle vivait un placement de plus de deux ans lié à des fugues, des fréquentations à risque, de l'absentéisme scolaire et des comportements violents. Isabelle a consommé du cannabis à une fréquence de 10 à 19 fois, dans les 30 jours précédant le début de l'intervention. Elle n'avait pas consommé d'autres substances.
- Rebecca (nom fictif) (sujet 4) était âgée de 16 ans et étudiait en 3^e secondaire donc accumulait un peu de retard au niveau académique. Elle vivait un placement d'environ deux ans au CJM lié à de l'instabilité familiale, des fugues, des

fréquentations à risque et le non-respect des règlements. Dans le mois précédant la collecte de données, Rebecca avait consommé de l'alcool (1 ou 2 fois) et du cannabis (1 ou 2 fois).

Le consentement des parents et l'assentiment des participants ont été obtenus par le biais d'un formulaire de consentement écrit. Ce dernier décrit clairement les implications de la participation, les risques et les mesures prises pour assurer la confidentialité des participants. Les adolescents s'engageaient à répondre à un questionnaire au début et à la fin du programme, à participer aux séances à chaque semaine dont le contenu audio était enregistré à l'aide d'un magnétophone et à prendre part à une entrevue individuelle, également enregistrée, à la fin du programme. Les participants pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Les parents ont été informés du contenu et des objectifs du programme. Chaque participant a reçu un dédommagement de 10\$ remis à la fin de l'évaluation.

Enfin, l'échantillon comprend également les deux éducateurs qui ont animé le programme dans chaque unité. Les deux éducateurs ont été choisis par la conseillère-cadre responsable des programmes portant sur la toxicomanie au CJM-IU :

- Annie (nom fictif) a plus de 16 ans d'expérience comme éducatrice au CJ. Elle est diplômée au baccalauréat en criminologie et détient un certificat en prévention de la toxicomanie et un certificat en victimes et violence. Annie a animé le *Groupe de réflexion sur les drogues (1^{re} génération)* à trois reprises et considère son niveau de connaissances sur les drogues comme étant élevé.

- Dominic (nom fictif) cumule environ 13 ans d'expérience comme éducateur au CJ et 3 ans comme intervenant en toxicomanie. Ce dernier a obtenu un baccalauréat en psychologie, un baccalauréat multidisciplinaire (certificat en toxicomanie, certificat en criminologie et certificat en intervention auprès des jeunes) ainsi qu'une maîtrise en criminologie. Dominic a animé à 6 reprises la version initiale du GRD et considère son niveau de connaissances sur les drogues comme étant élevé.

Procédure

Cette étude s'inscrit dans un devis mixte simultané, c'est-à-dire que des collectes de données quantitatives ainsi que qualitatives se sont simultanément déroulées auprès du même échantillon (Briand et Larivière, 2014). Ce devis a été choisi puisqu'il permet d'obtenir une grande richesse d'informations (Briand et Larivière, 2014) et puisqu'il est efficace dans la validation des résultats de programme d'intervention dans leurs phases initiales (Olsen, 2004). Ce processus, qui consiste à l'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données vise à améliorer la compréhension et augmenter la fiabilité et la validité des résultats qui seront obtenus.

La collecte de données quantitatives s'est déroulée sur une période de onze semaines soit une semaine avant le début du programme jusqu'à la semaine suivant la fin du programme. Des mesures ont été prises avant le début du programme, à l'aide d'un questionnaire, pour déterminer le niveau initial de motivation à changer, de connaissances sur les substances psychoactives, des habitudes de consommation, des méfaits et conséquences négatives liées à la consommation et finalement, de l'adoption

de stratégies comportementales de protection. Pendant le programme, les animateurs ont rempli leur journal de bord après chaque rencontre du programme pour détailler le déroulement de celle-ci (présence, temps dédié à chaque activité, etc.). Des suivis téléphoniques ont également été faits auprès des animateurs pour assurer l'assiduité dans leurs tâches et pour offrir du soutien si nécessaire. Une semaine après la fin du programme, les adolescents ont répondu une seconde fois au questionnaire.

Pour la collecte des données qualitatives, des entrevues semi-structurées ont été réalisées pendant la semaine suivant la fin du programme. Ces entrevues ont été menées auprès des adolescents ayant complété le programme et des deux animateurs. Les questions portaient sur leur opinion générale sur le programme, les effets perçus et les éléments à améliorer. Les entrevues qui ont duré entre 15 et 30 minutes, ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone puis rapportées en verbatim.

Mesures

Implantation. Afin d'évaluer l'implantation du projet, les animateurs devaient remplir un journal de bord (voir Annexe I) après chacune des rencontres. Il s'agit d'un journal de bord maison qui comporte différentes sections correspondantes aux cinq dimensions de l'implantation.

Le *dosage* a été mesuré à l'aide de la présence de chacun des jeunes. À chacune des neuf séances, l'animateur a indiqué dans le journal de bord la présence, les retards ou les départs anticipés pour chacun des participants.

La *qualité de la participation* des participants a été évaluée à chaque séance grâce à un questionnaire comprenant trois indicateurs : participation aux activités demandées,

contribution positive aux discussions et respect des règlements. L'animateur a qualifié la participation de chacun des adolescents à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq points. Les modalités de réponses sont : pas du tout (1), peu (2), bien (3), très bien (4) et excellent (5). Chaque modalité est détaillée dans le journal de bord afin de baliser objectivement chacune des réponses. Le participant a également été invité à juger de sa propre participation, après chaque séance, à l'aide d'un questionnaire maison (voir Annexe II) comprenant les mêmes éléments et modalités de réponse que le questionnaire pour l'animateur en ajoutant un indicateur de l'attention accordée aux activités.

La *qualité de l'animation* a été mesurée à l'aide de cinq attitudes favorables à l'animation d'un groupe (Turcotte et Lindsay, 2008) : diriger les conversations, favoriser l'expression appropriée des sentiments, favoriser un climat positif, susciter l'intérêt des participants et établir les règles et les rappeler au besoin. Dans un premier temps, l'animateur a répondu s'il avait adopté ou non chacune des attitudes. Dans un second temps, les participants ont répondu à un questionnaire (voir annexe III) comprenant les mêmes cinq dimensions pour juger de la qualité de l'animation après chaque rencontre. Les adolescents devaient décrire l'animation à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq points. Les modalités de réponses sont : pas du tout (1), peu (2), bien (3), très bien (4) et excellent (5). Ces deux mesures ont donc été prises en compte pour cette dimension.

La *conformité au programme* a été jugée à l'aide d'une liste à cocher intégrée au journal de bord de l'animateur déclinant chacune des étapes des activités et leurs durées prévues. L'animateur devrait cocher si l'activité avait été ou non réalisée et inscrire le temps effectivement consacré à chacune des étapes du déroulement des activités.

La cinquième et dernière dimension de l'implantation soit la *différenciation* a été évaluée par des questions s'intéressant aux services d'aide en dépendance reçus dans d'autres contextes comme des interventions spécialisées en dépendance. Les adolescents ont répondu positivement ou négativement à chacune des questions.

Enfin, en plus du journal de bord, tous les participants et les animateurs ont été rencontrés individuellement dans le cadre d'entrevues semi-structurées (durée approximative de 30 minutes). Ces entrevues ont été enregistrées sous format audio. Une grille d'entrevue (voir annexe IV) comportant des questions ouvertes a été utilisée. L'entrevue avait comme objectif d'explorer la présence d'effets perçus, qu'ils aient été anticipés ou non, ainsi que l'opinion des adolescents sur leur cheminement pendant le GRD. De plus, afin d'évaluer l'implantation et les effets perçus du programme, les deux animateurs du programme ont été interviewés à l'aide d'une grille d'entrevue (voir annexe V). Les questions portaient sur leurs impressions générales du programme et la perception des effets chez les adolescents.

Effets perçus. Rappelons que les effets anticipés de ce programme sont l'augmentation de la motivation à changer, l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les substances psychoactives, la modification des habitudes de consommation, la diminution des conséquences négatives liée à l'usage ainsi que l'adoption de stratégies comportementales de protection. Afin d'évaluer ces différents facteurs, les participants ont répondu à un questionnaire (voir Annexe VI) au début et à la fin du programme. Le questionnaire comprend différentes sections cherchant à évaluer chacun des effets escomptés. Des entrevues semi-structurées ont également été effectuées dans le but d'explorer les effets perçus du programme qu'ils aient été anticipés ou non.

Mesures de la motivation à changer. La première variable évaluée est la motivation des participants à apporter un changement sur leurs habitudes de consommation de SPA. Cette dimension est mesurée à l'aide du *Contemplation ladder-alcohol* (Clair et al., 2011) et du *Marijuana ladder* (Slavet et al., 2006). Ces outils permettent de situer les participants sur un continuum de stades de changement du modèle de Prochaska et DiClemente (1983; 1992) qui sont la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Il s'agit de dix énoncés que l'adolescent doit lire et cocher l'affirmation qui correspond le mieux à sa situation actuelle. Voici des exemples d'énoncés compris dans le questionnaire portant sur l'alcool : « J'ai modifié ma consommation d'alcool et je ne recommencerai jamais à boire comme je le faisais auparavant. », « Je réfléchis parfois à modifier ma consommation d'alcool, mais je n'ai pas planifié ce changement. » et « J'aime boire de l'alcool et j'ai décidé de ne jamais changer cela. Je n'ai aucun intérêt à modifier ma façon de boire. ». Ces outils ont été adaptés pour les autres substances. L'échelle de réponse varie entre 0 et 9 pour chacune des substances allant d'aucune motivation à changer ses habitudes de consommation à une motivation élevée à maintenir les changements déjà effectués.

Mesures du niveau de connaissances sur les substances psychoactives. Pour évaluer les connaissances générales sur les drogues des participants, un questionnaire maison a été créé à l'aide d'une sélection des notions essentielles apprises pendant le programme qui a été faite par consensus entre les différents collaborateurs du comité de développement du GRD. Les participants devaient répondre au meilleur de leurs connaissances à des questions telles que : « Quel est le mode d'administration le plus sécuritaire? », « Plus une personne est en bas âge, plus elle est à risque de vivre un effet

désagréable et de développer une dépendance. Vrai ou Faux? », « Une personne qui consomme pour le plaisir est plus à risque de développer une dépendance qu'une personne qui consomme pour oublier ses problèmes. Vrai ou Faux? ». Cette section comprend 11 questions à choix de réponse. Les items sont dichotomiques où un point est attribué par bonne réponse et l'échelle est continue. La variable du niveau de connaissances générales sur les SPA varie entre 0 et 11. Ensuite, les participants devaient faire une auto-évaluation de leurs connaissances sur les substances. Cette variable varie de 0 à 10. Enfin, ils devaient inscrire la fréquence à laquelle ils cherchent à avoir des informations véridiques sur les drogues; les modalités de réponse sont : « jamais », « des fois », « souvent » et « toujours ». Cette mesure varie de 0 à 3.

Mesures des habitudes de consommation. Les différentes variables liées aux habitudes de consommation sont : fréquence de consommation, substance consommée, quantité typique consommée lors d'une occasion, volume de consommation d'alcool, fréquence d'intoxication et polyconsommation. *La fréquence de consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues* est mesurée séparément par substance à l'aide des items du questionnaire utilisé lors de l' *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (Hibell et al., 2000, Hibell et al., 2004). La fréquence de consommation est évaluée pour les 30 derniers jours à l'aide de la question : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé les drogues suivantes : alcool, cannabis, amphétamine, etc. ». Les modalités de réponse sont : « 0 = 0 », « 1 = 1-2 », « 2 = 3-5 », « 3 = 6-9 », « 4 = 10-19 », « 5 = 20-39 » et « 6 = 40 ou plus ». La mesure varie de 0 à 6 pour chaque substance. Cette question permet également d'établir le *choix de la substance*. La *quantité typique consommée* est évaluée pour l'alcool et le cannabis. Pour

l'alcool, la question est tirée du questionnaire ESPAD (Hibell et al., 2000, Hibell et al., 2004) : « Lors d'une occasion typique (ordinaire) de consommation, combien bois-tu de verre(s) d'alcool ? ». Les modalités de réponse sont : 0 = je ne consomme pas d'alcool, 1 = moins d'un verre, 2 = 1 ou 2 verre(s), 3 = 3 ou 4 verres et 4 = 5 verres et plus. La variable fluctue entre 0 et 4. Cette question a été adaptée pour le cannabis où la variable varie entre 0 et 2 avec les choix de réponse suivant : 0 = « je ne consomme pas de cannabis », 1 = « un joint ou moins » et 2 = « plus d'un joint ». Le *volume de consommation d'alcool* est une mesure conçue par Allen et Wilson (2003) qui est dérivée par la multiplication de la fréquence de consommation et la quantité typique consommée lors d'une occasion. La *fréquence d'intoxication*, c'est-à-dire s'être « saoulé », est aussi évaluée à l'aide d'un item du questionnaire ESPAD (Hibell et al., 2000, Hibell et al., 2004) : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois t'es-tu soûlé(e) avec de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées? ». Les choix de réponse sont : 0 = « jamais », 1 = « 1 ou 2 fois », 2 = « 3 à 5 fois », 3 = « 6 à 9 fois » et 4 = « 10 fois ou plus ». La mesure fluctue de 0 à 4. Finalement, la consommation simultanée de différentes substances (*polyconsommation*) est mesurée par des items révélant la fréquence dans le dernier mois. Cette mesure a été prise à l'aide de trois questions provenant d'un questionnaire utilisé dans une étude de Fallu et ses collaborateurs (2008) : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé de l'alcool et du cannabis (marijuana, pot) en même temps ? », « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé de l'alcool et d'autres drogues que du cannabis en même temps? », « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé plus d'une drogue en même temps ? ». Une échelle de

Likert à quatre ancrages a été utilisée : 0 = jamais, 1 = 1 ou 2 fois, 2 = plusieurs fois et 3 = très souvent et les mesures varient de 0 à 3.

Mesures des méfaits et des conséquences négatives liées à l'usage. Les conséquences négatives liées à l'usage s'évaluent, dans un premier temps, à l'aide de la fréquence de surconsommation. Deux questions sont présentes dans le questionnaire : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé lors d'une même occasion quatre (4) verres et plus ? ». Cette question est ensuite reproduite avec une quantité plus grande soit cinq (5) verres pour les garçons. Une échelle de Likert à cinq ancrages a été utilisée : 0 = jamais, 1 = 1 ou 2 fois, 2 = entre 3 et 5 fois, 3 = entre 6 et 9 fois et finalement, 4 = 10 fois ou plus. Cette mesure varie entre 0 et 4. Ensuite, l'échelle du niveau de conséquences négatives liées à l'usage est créée à partir de 9 items s'inspirant du DEP-Ado (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec, 2013). Les questions regroupent différents risques liés à la consommation : les problèmes de santé physique, les problèmes de santé psychologique, les relations familiales conflictuelles, les dépenses et pertes d'argent, les comportements délinquants, les comportements de prise de risque, les symptômes de tolérance, les préoccupations quant à la consommation ou les consultations thérapeutiques et les tentatives de réduction de la consommation. L'échelle comprend aussi trois items supplémentaires tirés du questionnaire ESPAD (Hibell et al., 2000, Hibell et al., 2004) portant sur les bagarres, les pratiques sexuelles à risque et l'intoxication à l'école. Les modalités de réponse sont : 0 = non et 1 = oui. La mesure varie entre 0 et 9 allant d'aucun risque lié à la consommation à tous les risques évalués.

Mesure des stratégies comportementales de protection. La dernière variable porte sur les stratégies comportementales de protection. L'échelle comprend 12 items s'inspirant du *Protective Behavioral Strategies Scale* (Martens et al., 2005) et différents guides de réduction des méfaits de plusieurs organisations, notamment de l'ONG britannique HIT, du Centre de toxicomanies et de santé mentale et du GRIP Montréal. Les adolescents devaient répondre par : 0 = jamais, 1 = des fois, 2 = souvent et 3 = toujours, pour indiquer la fréquence de l'adoption des stratégies comportementales de protection telles que : « commencer par la moitié », « choisir un mode d'administration ayant une absorption plus lente », « espacer ses consommations ». Les mesures varient entre 0 et 3.

Stratégie analytique

Dans un premier temps, des statistiques descriptives seront présentées pour détailler chacune des variables liées à l'implantation tout au long du processus (le dosage, la qualité de la participation, la qualité de l'animation, la conformité et la différenciation). Par ailleurs, d'autres statistiques descriptives ont été calculées pour présenter l'état initial de l'échantillon participant à cette étude : le sexe, l'âge, le niveau initial de motivation à changer, le niveau initial de consommation de SPA, le niveau initial de connaissances sur les SPA, le niveau initial de méfaits et conséquences négatives liés à la consommation et le niveau initial de l'adoption de stratégies comportementales de protection. Pour chaque effet anticipé, les scores initiaux et finaux (après le GRD) ont été comparés en effectuant une analyse visuelle des résultats présentés dans des graphiques chronologiques. Cela permet de comparer visuellement l'évolution de chaque participant entre le T0 et le T1.

Dans un second temps, une démarche d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) a été utilisée pour étudier les informations recueillies lors des entrevues individuelles effectuées auprès des participants et des animateurs. L'analyse thématique consiste en un travail de réduction ou de synthèse dans le but de faire ressortir les thèmes essentiels retrouvés dans un discours donné. Elle permet également de déterminer l'importance relative de chacun des thèmes (Katambwe, Genest et Porco, 2014). Cette importance a été déterminée par rapport au nombre de fois que les participants se référaient aux concepts. La première étape fut la transcription des entrevues semi-structurées (transcription-traduction). La seconde étape a été de codifier les sujets récurrents pour chacune des questions (transposition-réarrangement). Ces derniers ont été regroupés dans différents thèmes correspondant ou non aux effets anticipés. Finalement, la troisième étape (reconstitution-narration) a permis de décrire les thèmes et leur importance afin de répondre aux questions de cette recherche.

Résultats

La présentation des résultats est divisée en deux sections soit l'une pour chaque question de recherche. La première section porte sur les données recueillies à l'aide des journaux de bord complétés par les animateurs de GRD tout au long de l'implantation. La seconde section qui traite des effets perçus du GRD présente les résultats obtenus grâce aux questionnaires remplis par les participants ainsi que les entrevues menées entre l'intervieweur auprès de ces derniers et des animateurs. Cette section met donc en relation les données quantitatives et qualitatives pour l'échantillon qui, rappelons-le, contient 4 adolescents et 2 animateurs.

L'implantation

Les résultats obtenus quant à l'implantation sont présentés selon les cinq dimensions de Dane et Schneider (1998) telles que décrites préalablement. Le tableau II permet d'exposer les résultats pour chacune des dimensions.

Tableau II. Résultats des dimensions de l'implantation

Dimensions de l'implantation		Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Dosage		7,25	1,26	6,00	9,00
Qualité de la participation	Auto-évaluation	4,48	0,49	4,04	5,00
	Évaluation par l'animateur	4,18	0,45	3,67	4,56
Qualité de l'animation	Auto-évaluation	4,43	0,51	4,29	4,57
	Évaluation par les participants	4,83	0,33	4,33	5,00
Conformité	Items du guide complétés	0,81	0,30	0,57	1,00
	Durée des activités	0,94	0,44	0,29	1,88

Le dosage. Le dosage, qui fait référence au nombre de séances assistées, est relativement similaire d'un participant à l'autre. En moyenne, les adolescents ont participé à 7,25 séances sur un total de 9 et l'écart-type est de 1,26 séance. Un seul adolescent n'a eu aucune absence tandis que deux adolescents ont eu deux absences et un seul en a eu trois. Les motifs d'absences étaient, dans la plupart des cas, un rendez-vous médical, une fugue ou une fin du placement.

La qualité de la participation. L'auto-évaluation de la participation a permis d'établir que les adolescents percevaient leur participation comme étant « très bien » avec une moyenne de 4,48 sur un maximum de 5 (écart-type 0,49). « Je suis attentif (ve) »

semblait être le critère de participation le plus durement évalué. En effet, l'un des participants a répondu à trois reprises qu'il était « peu » attentif pendant la séance.

L'évaluation de la participation par l'animateur a donné des résultats semblables. En moyenne, l'animateur a perçu la participation des adolescents comme étant « très bien ». De ce fait, la moyenne obtenue est 4,19 (écart-type 0,49) soit légèrement plus faible que la participation auto révélée.

La qualité de l'animation. Les données obtenues grâce à l'auto-évaluation de l'animation ont établi que les animateurs affirmaient avoir démontré, en moyenne, 4,43 des habiletés favorables à l'animation d'un groupe sur 5 (ÉT de 0,51). La discipline soit la capacité d'« établir les règles et les rappeler au besoin » semble avoir été un enjeu pour l'un des animateurs qui a répondu « non » à cette compétence lors de cinq séances. Les participants, quant à eux, ont jugé que la qualité de l'animation d'« excellente ». Par le fait même, le score moyen obtenu est de 4,83 avec un écart-type de 0,33.

La conformité. Tout d'abord, les données recueillies ont permis de montrer que 81% des étapes au guide d'animation ont été exécutées comme prévu. Ce résultat inclut deux séances qui n'ont pas pu être réalisées avec l'un des deux groupes ce qui explique l'écart-type de 0,30. Deux éléments du guide ont paru avoir été oubliés à quelques reprises : le rappel des objectifs de la deuxième activité au début de cette dernière et le retour en fin de séance pour vérifier les apprentissages auprès des jeunes.

Ensuite, en ce qui concerne la durée de chacune des séances, les résultats indiquent qu'en moyenne, les séances ont duré 56 minutes pour le groupe 1 et 54 minutes pour le groupe 2. Rappelons que la durée prévue pour chaque rencontre était de 60

minutes. Cela signifie que la durée réelle est légèrement moins longue que celle anticipée. Toutefois, les données montrent que le temps alloué pour chacune des activités était généralement respecté. Cela dit, les animateurs ont rapporté que les activités qui sollicitaient le partage des adolescents, qu'il soit exigé ou non, pouvaient modifier le temps alloué à la séance.

La différenciation. Les données obtenues quant à la différenciation s'intéressent aux services d'aide en lien avec la consommation de substances qu'ont reçue les adolescents en dehors du GRD. La moitié des participants recevaient d'autres services d'aide individuelle en lien avec leur consommation et aucun d'entre eux n'avait déjà participé à un programme similaire au GRD. Ces informations n'ont pas changé pendant le programme.

Les effets perçus

Les résultats recueillis en lien avec les effets perçus possiblement engendrés par le GRD sont présentés selon les catégories d'effets escomptés mentionnés plus haut. Puis, des effets additionnels sont rapportés. Pour chaque effet perçu, les résultats quantitatifs sont d'abord expliqués en comparant les données initiales (T0) avec les données obtenues à la suite de l'intervention (T1) pour chacun des participants puis les informations qualitatives sont présentées à l'aide d'extrait des entrevues réalisées. Le chiffre attribué à chacun des sujets correspond toujours au même adolescent tel que présenté dans la section décrivant les participants.

La motivation à changer. La motivation à changer a particulièrement fluctué pour l'un des quatre participants tant au niveau de sa consommation d'alcool, de cannabis

et des autres drogues. En effet, la motivation du sujet 2 aurait beaucoup augmenté après le programme passant de 1 à 9 pour l'alcool, de 0 à 8 pour le cannabis et 5 à 8 pour les autres drogues, et ce, sur un maximum de 9. Cependant, les indices de motivation pour les autres participants sont demeurés stables avant et après l'intervention. La figure 2 affiche l'indice de motivation à changer pour le sujet 2 uniquement. Cela s'explique par le fait que deux des participants ne consomment pas d'alcool et le sujet 4, qui en consomme, s'est abstenu de répondre à cette question. La figure 3 présente, quant à elle, les résultats recueillis pour les adolescents qui ont mentionné faire usage de cannabis. Comme mentionnée ci-haut, une augmentation quant à la motivation à changer a seulement été remarquée chez un participant tandis que cette dernière serait demeurée stable et aurait diminué pour les deux autres adolescents qui consomment du cannabis. Le sujet 4 n'a pas répondu à cette question. La motivation à changer ses habitudes liées à d'autres drogues n'est pas présentée en graphique puisqu'elle a seulement été obtenue pour le sujet 2.

Figure 2. Effets perçus sur la motivation à changer pour l'alcool

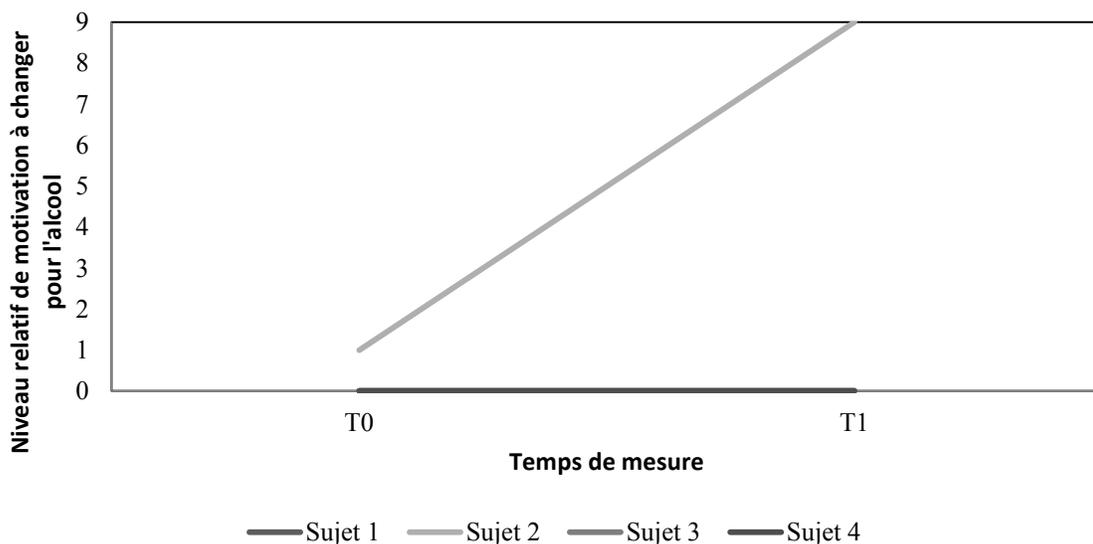
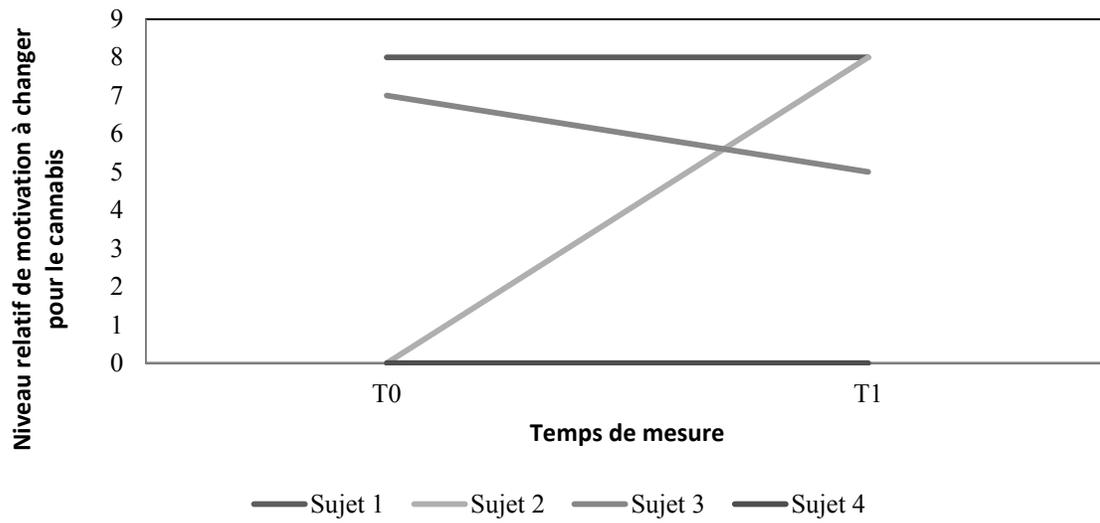


Figure 3. Effets perçus sur la motivation à changer pour le cannabis



La motivation à changer a davantage ressorti comme bienfait du GRD pendant les entretiens individuels. Notamment, l'un des animateurs a spécifié que le GRD engendre des prises de conscience qui favorisent la motivation chez les adolescents à changer certains comportements :

« Animateur : Je pense que le premier bienfait c'est vraiment un regard sur eux. Je pense qu'il y a plusieurs jeunes qui entrent un centre de réadaptation avec une problématique de consommation qui est identifiée par la famille et qui est souvent nié par le jeune qui est en précontemplation. Le fait d'ouvrir et de parler va amener un regard sur eux et ça l'amène le reflet de la nécessité de changement parce qu'ils sont confrontés à leur désir et leurs aspirations. »

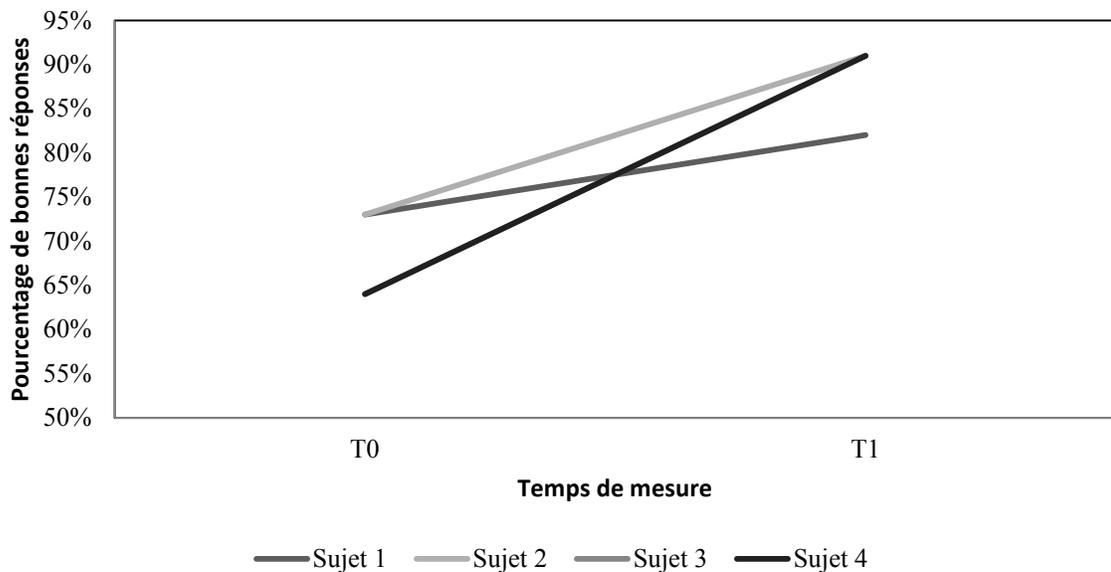
Les entrevues faites auprès des adolescents ont permis de montrer une similitude dans leurs discours. Certains participants ont dit avoir vécu une augmentation de leur motivation à changer :

« Sujet 1 : Bin ça m'a comme motivé à changer les moments que je choisis pour le faire parce que je veux améliorer ma relation familiale. Pis c'est ça que ça m'a motivé à changer pour que ma relation avec mes parents soit plus forte. »

Ainsi, ce participant, dont les réponses au questionnaire montraient une stabilité quant à sa motivation à changer, mentionne, à l'inverse, avoir trouvé une source de motivation soit l'amélioration des liens avec les membres de sa famille, ce qui a eu l'impact d'augmenter sa motivation à changer les moments choisis pour consommer.

Les connaissances sur les SPA. Si les participants ont évalué leurs connaissances sur les substances comme étant identiques avant et après la participation au programme, le score obtenu par les participants à l'évaluation des connaissances sur les substances semble avoir augmenté entre le T0 et le T1. Effectivement, leurs résultats auraient augmenté en moyenne de 20% ce qui indique que les participants avaient davantage de connaissances après l'intervention. La figure 4 montre cette progression dans le temps. Prendre note que, dans cette représentation, le sujet 3 et le sujet 4 ont obtenu les mêmes résultats au T0 et au T1.

Figure 4. Effets perçus sur les connaissances sur les SPA



Les résultats de l'analyse qualitative, quant à eux, montrent des tendances partagées. En effet, la plupart des adolescents ont nommé qu'ils en savaient déjà beaucoup sur les drogues avant le programme. Un seul participant a affirmé avoir fait l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les substances grâce au GRD en plus d'enrichir celles qu'ils détenaient déjà.

« Sujet 1 : Ouais bien j'ai appris beaucoup d'affaires. J'ai appris plein d'affaires sur la loi de l'effet et tout ça. Je savais déjà beaucoup d'affaires, mais ça m'a comme enrichi. »

La modification des habitudes de consommation. Un autre effet anticipé du GRD était la modification des habitudes de consommation quant à la fréquence de consommation, le choix de la substance, la quantité typique consommée lors d'une occasion d'alcool et de cannabis, le volume de consommation d'alcool, la fréquence d'intoxication et la polyconsommation. La figure 5 montre l'évolution quant à la fréquence de consommation pour les différentes substances évaluées. Les résultats obtenus pour la fréquence de consommation d'alcool sont partagés; la fréquence aurait diminué pour un participant, augmenté pour un autre et serait demeurée stable pour deux d'entre eux. Il est possible de constater une diminution de la fréquence de consommation de cannabis chez tous les participants. Pour ce qui est des amphétamines et des champignons magiques, le seul participant qui en consommait au T0 n'en consommait pas au T1.

Il est également possible de constater que la variété des substances consommées entre le T0 et le T1 a diminué. Des substances comme les amphétamines et les champignons magiques étaient consommés par un seul participant lors de la collecte de

données initiale, mais ne l'étaient plus après le programme. Le cannabis était consommé par un participant de moins tandis que l'alcool était consommé par un participant de plus.

La figure 6 montre la variation sur le plan de la quantité d'alcool consommée lors d'une occasion typique de consommation entre les deux collectes de données. Deux participants ont montré une diminution de la quantité tandis que les deux autres n'auraient eu aucun changement. Rappelons que les sujets 1 et 3 n'avaient pas consommé d'alcool dans les 30 jours précédant la première collecte de données.

Figure 5. Effets perçus sur la fréquence de consommation

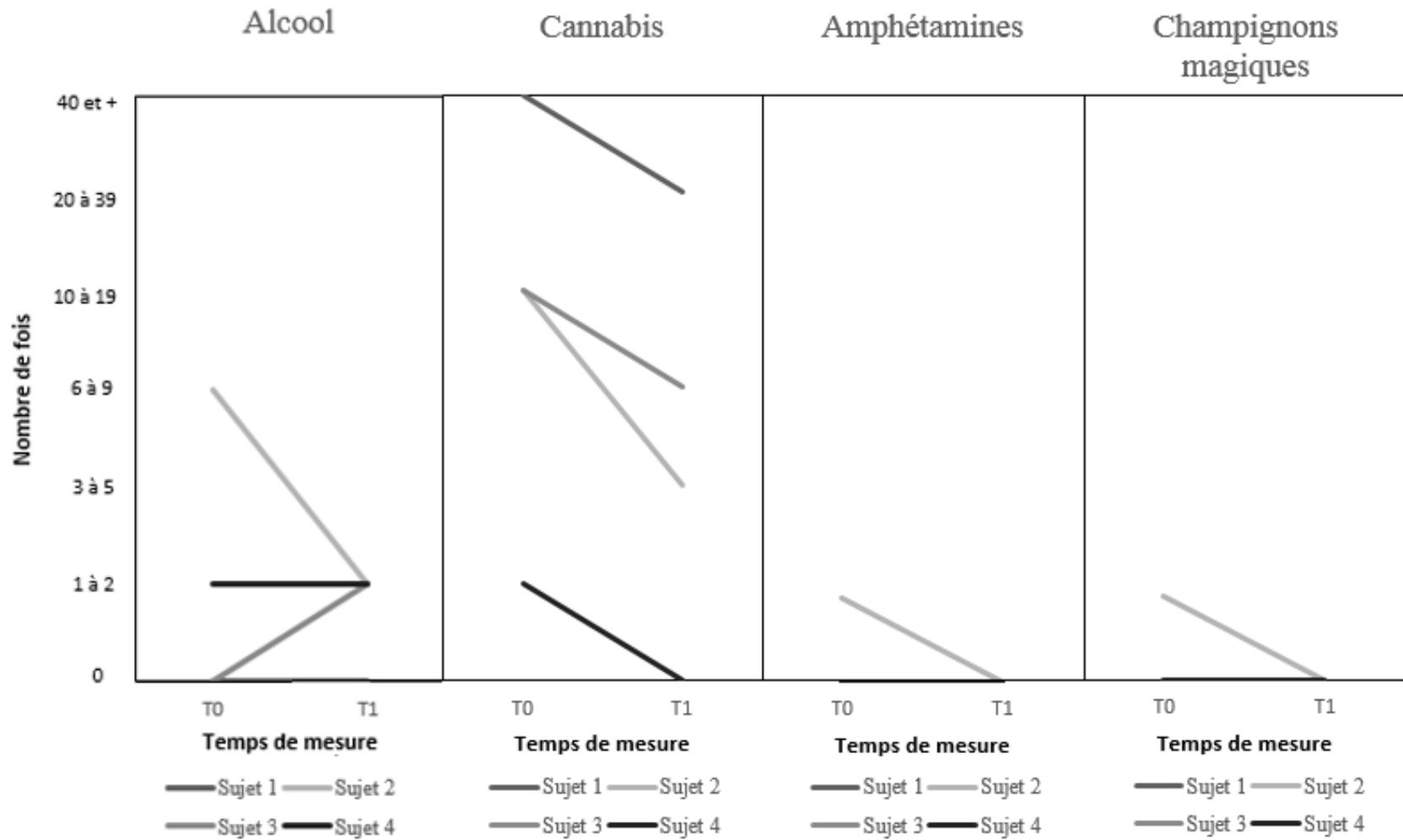
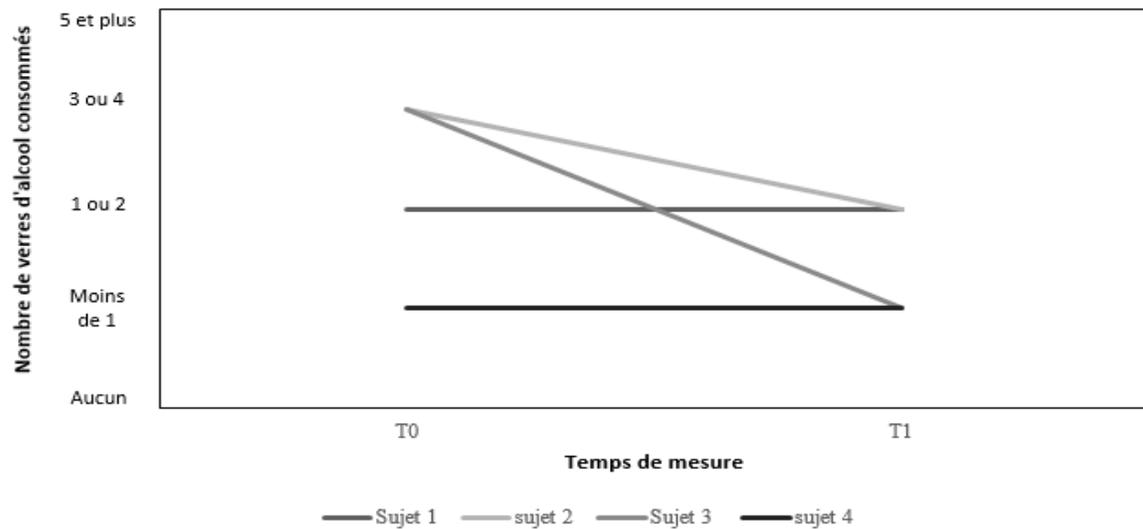
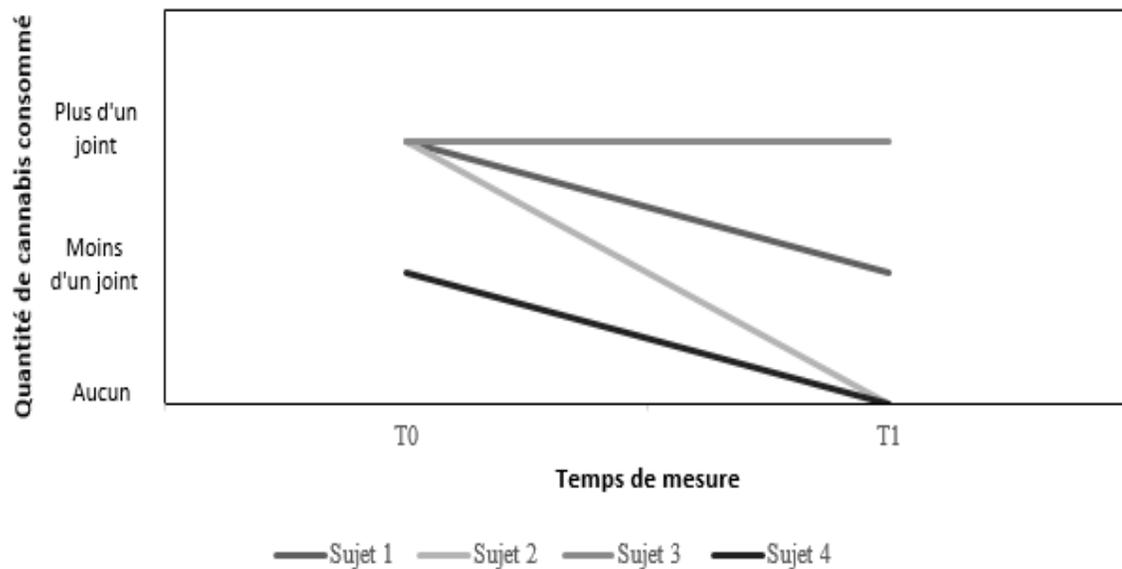


Figure 6. Effets perçus sur la quantité d'alcool consommée



La figure 7 présente les changements au niveau de la quantité de cannabis consommée lors d'une occasion typique de consommation. Dans ce cas, on constate une diminution de la quantité pour tous les participants sauf le sujet 1 qui est d'ailleurs, le participant avec la fréquence de consommation la plus élevée.

Figure 7. Effets perçus sur la quantité de cannabis consommée



Le volume d'alcool, quant à lui, aurait beaucoup diminué entre le T0 et le T1. Cela s'explique par le fait qu'un des participants avait un score particulièrement élevé lors de la première collecte de données (26,25 consommations dans le dernier mois). Son score était beaucoup moins élevé lors du T1 (2,25). Enfin, la fréquence d'intoxication a augmenté et la fréquence de polyconsommation est restée stable.

Les données qualitatives révèlent également que la plupart des participants a apporté des changements au niveau de leurs habitudes de consommation. Le GRD semble avoir eu un impact sur la fréquence et quantité consommée :

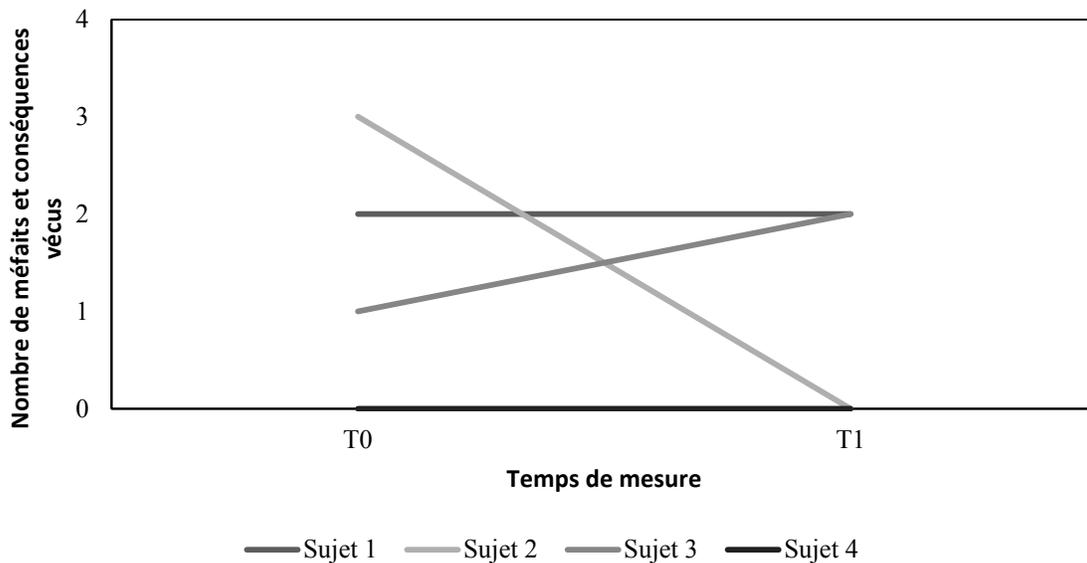
« Sujet 3 : Bien j'ai été plus motivée dans les dernières semaines. [...] Pis j'ai aussi diminué un peu les quantités de cannabis que je fumais là. J'ai trouvé que c'était des bons trucs qui étaient montrés. »

Aucun participant n'a révélé avoir effectué un arrêt complet de la consommation à la suite du GRD. Par ailleurs, le choix de la substance consommée ne semble pas avoir changé. En effet, la substance de prédilection des adolescents demeure le cannabis à travers le temps.

La réduction des méfaits et des conséquences liées à la consommation.
Premièrement, le sujet 2 est le seul participant à affirmer avoir eu un ou deux épisodes de surconsommation (5 verres et plus), au cours des 30 derniers jours, au moment de la collecte de données précédant le début du programme. Cet adolescent a répondu « jamais » à cette même question lors de la deuxième collecte de données. Ce dernier aurait donc vécu une diminution des épisodes de surconsommation à la suite du programme. Cela dit, la tendance serait partagée pour l'ensemble des autres méfaits et conséquences liés à la consommation. Plus précisément, un participant vivrait moins de

conséquences (sujet 2), un en vivrait plus (sujet 3), tandis que deux en vivraient autant avant qu'après le GRD. La figure 8 expose la fluctuation des résultats au niveau des méfaits et conséquences vécus en lien avec l'usage de chacun des participants entre le T0 et le T1.

Figure 8. Effets perçus sur les méfaits et les conséquences

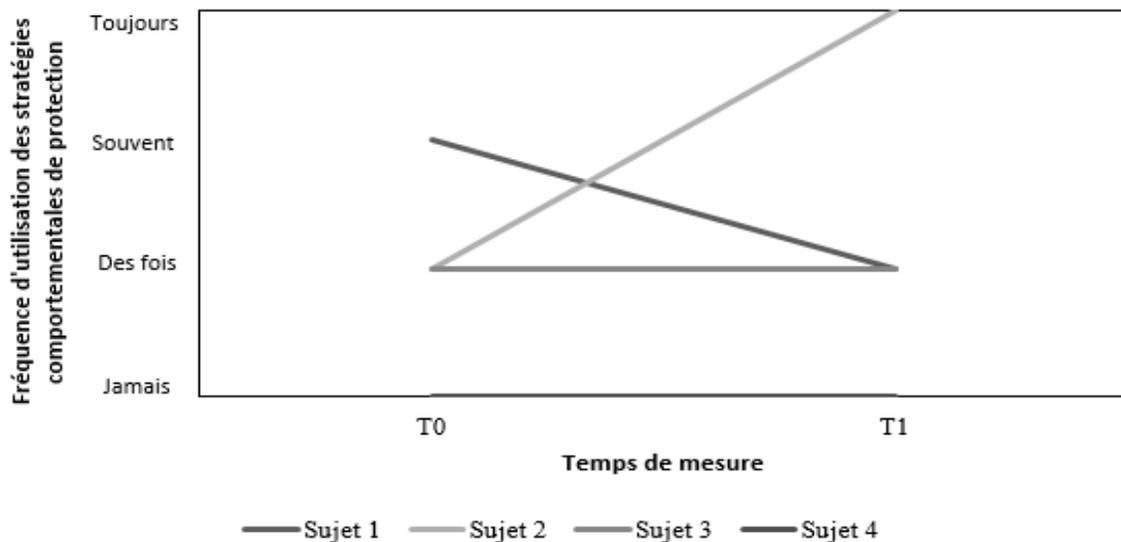


Au niveau qualitatif, la réduction des méfaits et des conséquences a été peu discutée lors des entrevues individuelles avec les participants. Ces derniers n'ont pas directement mentionné vivre moins de conséquences depuis la fin du GRD. Cependant, les adolescents ont affirmé avoir pris conscience des méfaits et conséquences négatives de leur consommation dans leur vie. Ce sujet est traité dans la section qui aborde *les autres effets perçus*.

L'adoption de stratégies comportementales de protection. L'analyse des données quantitatives a montré une tendance partagée où certains des adolescents adopteraient les stratégies comportementales de protection suggérées pendant le

programme tandis que d'autres les utiliseraient moins souvent qu'au départ. La figure 9 décrit l'évolution des différents participants. Il est possible de constater que la moitié des participants ont augmenté la fréquence de l'adoption de stratégies comportementales de protection et l'un des participants aurait diminué la fréquence de ceux-ci. Les données sont manquantes pour le sujet 4 qui s'est abstenu de répondre à cette section du questionnaire lors du T1.

Figure 9. Effets perçus sur l'adoption des stratégies comportementales de protection



Ces résultats ont été soutenus par les entrevues individuelles. En effet, tous les participants, sauf le sujet 1, affirment utiliser différentes stratégies pendant leur épisode de consommation pour diminuer les risques de celle-ci tels que boire de l'eau entre les consommations, ne pas mélanger les substances et les moments choisis pour consommer.

En voici un exemple :

« Sujet 2 : Premièrement, je pense maintenant avant de consommer. Ce que je faisais zéro avant. Mettons dans des moments, je sais qu'il est genre 2h de l'après-midi pis que j'ai pas encore mangé de la journée et que quelqu'un me propose quelque

chose de même. Je vais pas être vraiment confortable avec ça parce que genre j'veux pas me taper une psychose ou quelque chose comme ça. C'est beaucoup d'affaire de même que j'pense avant d'agir. »

Cet extrait évoque que les adolescents prendraient davantage le temps de réfléchir lorsqu'ils consomment depuis leur participation au GRD. Ils constatent être plus conscients des gestes qu'ils posent ce qui leur permet de faire des choix plus sécuritaires. Le sujet 1, quant à lui, ne semblait pas se souvenir concrètement des stratégies apprises pendant le GRD. En lui donnant des exemples, le participant a répondu que : « Bien ça c'est pas mal des choses que je faisais avant. ».

Les autres effets perçus. Les entretiens individuels ont permis de faire ressortir d'autres répercussions du GRD qui n'ont pas été évaluées par le cadre quantitatif de cette étude. Deux thèmes ont fréquemment été abordés par les participants et les animateurs soit la prise de conscience quant à la consommation ainsi que les moyens possibles pour diminuer leur consommation.

En premier lieu, la prise de conscience semble avoir été un impact du GRD de façon quasi unanime chez les participants. Cet élément est présent dans le modèle logique de l'intervention, mais n'était pas inclus dans l'évaluation quantitative. Cela dit, trois adolescents sur quatre ont précisé avoir vécu une prise de conscience à différents niveaux. Certains ont déclaré qu'ils avaient réalisé l'ampleur de leur consommation et les impacts négatifs que celle-ci pouvait avoir sur leur vie. Voici un exemple :

« Sujet 2 : Bien moi j'ai trouvé que c'était vraiment *chill*. Premièrement, parce que c'était cool la façon que c'était animé pis toute ça. Pis vu que c'était un sujet qui m'intéressait, j'étais intéressé. Pis c'est un sujet qui m'a fait réaliser, à certains endroits, mettons la place que ma consommation pouvait avoir et

les impacts que ça pouvait avoir. Alors, ça m'a fait réaliser beaucoup de choses.

Intervieweur : As-tu des exemples?

Sujet 2 : Bien moi c'est surtout, un moment donné, on a fait un DEP-ADO et j'ai coté, comme, feu rouge. Pis ça m'a un peu frappé. Pis ça m'a fait réaliser que j'abusais un peu avant. Pis que ça l'avait beaucoup de répercussions négatives en plus. »

En second lieu, quelques participants ont été en mesure de nommer des moyens qui pourraient leur être utiles pour diminuer ou cesser leur consommation. Cela suppose que le GRD les a aidés à identifier la fonction qu'occupe la consommation dans leur vie (plaisir, socialisation). Voici l'exemple d'un adolescent qui n'a toujours pas modifié ses habitudes de consommation, mais qui prévoit le faire :

« Intervieweur : Depuis ta participation au GRD, est-ce que tu as fait des modifications à tes habitudes de consommation?

Sujet 1 : Hum... pas encore. Mais ça va venir. Ça m'a comme pisté un peu sur ce qui avait à faire...

Intervieweur : Oui comme tantôt tu parlais un peu des moments... Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu aimerais changer aussi?

Sujet 1 : Comme plus occupé mon temps pour plus diminuer ma consommation... trouver un sport ou quelque chose de même. »

Pour résumer, les effets perçus varient d'un participant à l'autre (tableau III). Le sujet 1 montre certains effets positifs, particulièrement au niveau de la fréquence de consommation de cannabis. En effet, bien que sa motivation à changer ses habitudes de consommation demeure stable, l'adolescent présente une diminution quant à la fréquence de consommation de cannabis. Il aurait également appris différentes connaissances sur les drogues. Cependant, la quantité de cannabis consommée lors d'un épisode typique de

consommation demeure stable ainsi que les méfaits vécus. Cela dit, lors des entrevues individuelles, le sujet 1 exprime avoir beaucoup réfléchi à sa consommation et avoir identifié des pistes de solution possibles pour éventuellement amorcer un changement.

Le sujet 2, quant à lui, semble être l'adolescent ayant vécu la plus grande progression à la suite du GRD. Notamment, le participant a vécu une augmentation de sa motivation à changer (sauf au niveau du cannabis), une diminution de la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis, un arrêt complet de la consommation d'amphétamines et de champignons magiques et une diminution de la quantité d'alcool et de cannabis consommée. L'adolescent utiliserait davantage de stratégies comportementales de protection et vivrait moins de conséquences liées à sa consommation. Il aurait également appris de nouvelles connaissances sur les drogues. Lors des entrevues, ce participant avoue avoir vécu une prise de conscience importante par rapport à sa consommation de SPA et les impacts liés à celle-ci.

Pour le sujet 3, les résultats obtenus pourraient sembler contradictoires. Tout d'abord, l'adolescente présente une diminution de la fréquence et de la quantité de cannabis consommée, et ce, bien que sa motivation à changer ses habitudes de consommation ait diminué. Pourtant, lors de l'entrevue individuelle, cette participante affirmait être plus motivée qu'au départ à modifier ses habitudes de consommation. Elle utiliserait plus de stratégies comportementales de protection qu'au départ, mais vivrait davantage de méfaits liés à sa consommation. Cette participante aurait donc vécu certains effets positifs, mais également des effets négatifs.

Enfin, il semble que le sujet 4 soit l'adolescente chez qui les effets perçus sont le moins marqués. Toutefois, les résultats montrent un apprentissage de nouvelles connaissances sur les drogues et une diminution de la fréquence et de la quantité de cannabis consommée. La fréquence et la quantité d'alcool consommé sont demeurées stables. Il semblerait que cette participante n'utilisait pas de stratégies comportementales de protection et ne vivait aucun méfait, ce qui est toujours le cas à la suite de l'intervention. L'adolescente n'a pas fourni d'informations quant à sa motivation à changer. De façon similaire, l'entrevue individuelle avec cette participante n'a également pas supporté la présence de changements.

Tableau III. Résumé des effets perçus

Effets perçus	Sujet 1		Sujet 2		Sujet 3		Sujet 4	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Motivation à changer pour l'alcool	ND	ND	1	9	9	6	ND	ND
Motivation à changer pour le cannabis	8	8	0	8	7	5	ND	ND
Motivation à changer pour les autres drogues	ND	ND	5	8	ND	ND	ND	ND
Effets sur le niveau de connaissance (%)	73	82	73	91	64	91	64	91
Fréquence de consommation d'alcool	0	0	3	1	0	1	1	1
Fréquence de consommation de cannabis	6	5	4	2	4	3	1	0
Quantité d'alcool consommée	2	2	3	2	3	1	1	1
Quantité de cannabis consommée	2	1	2	0	2	2	1	0
Nombre de méfaits et de conséquences liés à la consommation	2	2	3	0	1	2	0	0
Fréquence d'utilisation des stratégies comportementales de protection	1,67	0,75	1,17	2,83	0,67	1,08	3	ND

ND : données non disponibles ou non applicables

Discussion

Le GRD (2^e génération) est un programme de prévention ciblée novateur qui se base sur les principes de la réduction des méfaits, une approche rarement utilisée auprès

des adolescents dans la prévention de l'usage de SPA. Cette nouvelle avenue d'interventions permet de rejoindre un bassin plus spécifique d'adolescents soit ceux en difficulté qui pourrait être à risque de refuser les interventions spécialisées.

Ce mémoire visait à documenter les essais préliminaires lors du projet-pilote de cette nouvelle version du GRD auprès d'adolescents âgés de 14 à 17 ans, hébergés dans deux unités du CJM-IU. Deux questions orientaient cette recherche : (1) Le GRD a-t-il été implanté comme prévu en respectant les éléments de dosage, de qualité de la participation, de qualité de l'animation, de conformité et de différenciation? et (2) Le GRD favorise-t-il l'augmentation de la motivation à changer, l'apprentissage de nouvelles connaissances sur les substances psychoactives, la réduction ou un arrêt de l'usage (fréquence, variété, quantité, beuverie, etc.), la réduction des méfaits et des conséquences liés à la consommation et enfin, l'adoption de stratégies comportementales de protection. Les données quantitatives et qualitatives ont permis de répondre à ces questions.

D'abord, les résultats ont montré que le programme a été exécuté tel qu'il a été créé, à quelques exceptions près. En effet, les participants ont été exposés à la quasi-totalité des activités prévues dans le guide d'animation et la durée de chacune a, la plupart du temps, été respectée. Cela suppose que les adolescents ont bénéficié d'un maximum d'interventions préventives conçues pour atteindre les objectifs du programme. Par ailleurs, les adolescents ont fait preuve de beaucoup d'intérêt pour le sujet bien que leur concentration ait parfois semblé difficile à maintenir. Enfin, les animateurs ont été en mesure de livrer le contenu aux adolescents en faisant preuve de nombreuses compétences liées à l'animation de groupe. Il est possible de supposer que certains

éléments sont nécessaires pour supporter l'intervention tels que la formation des animateurs, le temps de préparation de ceux-ci avant chaque rencontre, l'accessibilité à un local adapté à l'intervention et le support offert pendant le programme par leur gestionnaire.

Nous pouvons présumer que les nombreuses années d'expériences professionnelles des deux animateurs ont facilité l'implantation du GRD dans ces deux unités de réadaptation. En effet, les éducateurs ont sans doute acquis plusieurs compétences liées à l'intervention de groupe à travers leurs parcours comme éducateurs au CJM-IU. La qualité de l'implantation pourrait donc varier selon l'aisance des éducateurs à animer un groupe. Notamment, les animateurs semblaient faire preuve d'une grande capacité à diriger les conversations et recadrer au besoin afin de respecter le temps prévu pour chaque activité. De plus, les deux éducateurs avaient un niveau élevé de connaissances sur les drogues et les dépendances. Il est possible de supposer que cet élément ait facilité la transmission d'informations puisqu'ils connaissaient bien le sujet. Cela soulève l'importance d'offrir une formation exhaustive aux futurs animateurs du GRD, particulièrement à ceux qui auraient moins d'expériences dans l'intervention de groupe.

D'autres facteurs pourraient également avoir un impact sur la qualité de l'implantation. Premièrement, dans un contexte légal comme les centres jeunesse, les adolescents doivent obligatoirement participer aux activités. Ainsi, pendant le projet-pilote, les adolescents s'absentaient uniquement pour des raisons exceptionnelles comme des rendez-vous médicaux. Nous pouvons supposer que dans un contexte d'intervention volontaire (écoles, centres communautaires), l'assiduité des adolescents aux rencontres

pourrait varier. Cela aurait donc un impact sur le dosage de l'intervention. Deuxièmement, différents éléments liés aux participants sont susceptibles de modifier la qualité de leur participation lors des séances. Par exemple, l'intérêt des adolescents pour le sujet abordé, la capacité attentionnelle de chacun et la dynamique au sein de groupe pourraient augmenter ou diminuer leur implication lors des activités. Enfin, nous pouvons supposer que la conformité au programme pourrait varier selon le temps accordé à la préparation des séances. Bien que le programme ait été simplifié lors de sa mise à jour, les animateurs devaient se familiariser avec les déroulements des activités avant la réalisation de celles-ci. Dans cette étude, la durée des rencontres a habituellement été respectée. Cependant, certains éléments prévus au guide d'animation ont été omis. Il est possible que les éducateurs n'aient pas disposé d'assez de temps pour se préparer.

Ensuite, les résultats obtenus révèlent que le GRD pourrait entraîner certains des effets escomptés chez certains des participants. Notamment, l'ensemble des participants avait davantage de connaissances sur les drogues à la suite du programme bien que cette information ne soit pas ressortie lors des entrevues individuelles. Selon le modèle logique du programme, en étant plus informés sur les particularités des substances consommées, les adolescents seraient en mesure de faire des choix plus éclairés lorsqu'ils consomment. À cet égard, certains participants ont mentionné être plus conscients des risques encourus et ont affirmé réfléchir davantage aux éléments de la loi de l'effet (Substance-Individu-Contexte). De cette façon, ils pourraient en venir à choisir et appliquer des stratégies concrètes pour adopter des comportements plus sécuritaires. Malgré cet élément, les données recueillies en lien avec l'apprentissage et l'adoption des stratégies comportementales de protection se sont avérées partagées. Depuis le programme, deux

participants sur quatre utiliseraient davantage les stratégies comportementales de protection lorsqu'ils consomment. Par exemple, les participants choisissaient des moments comportant moins d'impacts négatifs pour consommer. Les résultats en lien avec le développement de la motivation à changer se sont également avérés partagés. Toutefois, il est possible que le GRD aide les participants à trouver des sources de motivation à changer les habitudes de consommation. Par exemple, un participant a réalisé qu'il devait modifier ses habitudes de consommation dans le but de préserver et améliorer sa relation avec sa famille.

Bien que la diminution des conséquences liées à la consommation n'ait pas été supportée chez l'ensemble des jeunes, il est possible de croire que cet effet pourrait être davantage perçu à plus long terme considérant que certains participants ont mentionné réfléchir davantage avant de consommer depuis le GRD. Ainsi, les adolescents pourraient faire des choix plus éclairés afin d'éventuellement réduire les conséquences de leur consommation.

Cela dit, le GRD pourrait contribuer à ce que les participants apportent des changements à leurs habitudes de consommation, particulièrement en matière de fréquence, de quantité et de substance. En effet, la fréquence de consommation de cannabis aurait diminué pour tous les participants. La quantité de cannabis et le volume d'alcool consommé auraient également diminué entre le T0 et le T1 pour la majorité des participants. De plus, certaines substances telles que les amphétamines et les champignons magiques n'étaient plus présentes lors de la seconde collecte de données. Cela soulève un impact potentiel sur la diversité des substances consommées par les adolescents. Aucune augmentation de fréquence ou de quantité n'a été observée et les

participants qui sont restés stables sont ceux qui avaient une consommation plus faible. Ce résultat est particulièrement encourageant, bien que les opportunités de consommation aient pu être plus limitées au post-test qu'au prétest (voir limites).

Cette recherche a également permis d'explorer le cheminement par lequel les participants passent pour en venir à modifier leurs habitudes de consommation. La prise de conscience, qui n'était pas évaluée dans ce mémoire, semble être un élément central dans la progression des adolescents. Ces derniers ont exprimé, à plusieurs reprises, que le GRD les a aidés à s'apercevoir de l'ampleur de leur consommation et des impacts négatifs de celle-ci. Il est possible de croire que cette constatation aide les adolescents à remettre en perspective leur vie actuelle. Effectivement, il semble que l'écart entre leurs buts futurs et leur situation actuelle les amène à voir que des changements doivent être apportés afin d'atteindre ceux-ci. Leurs habitudes de consommation à risque peuvent alors devenir la cible de ces changements. C'est donc cette prise de conscience qui permettrait aux participants de modifier leurs habitudes de consommation et de réduire les risques de celle-ci.

Le GRD semble avoir été plus profitable pour certains jeunes que d'autres (tableau III). Notamment, il semblerait que les garçons (sujet 1 et sujet 2) ont vécu davantage de bénéfices, et ce, à presque tous les niveaux visés par l'étude. Le sexe pourrait donc être un élément modérateur des effets perçus du GRD. De plus, ces deux participants accumulaient moins de retard au niveau scolaire que les deux participantes dont les changements étaient moins notables. Le niveau de scolarité des participants pourrait également influencer la portée des résultats.

Par ailleurs, il semblerait que la fréquence de consommation ait davantage diminué chez les participants qui présentaient un niveau initial de consommation plus élevé. En effet, les deux participants masculins (sujet 1 et sujet 2) consommaient plus et plus fréquemment que les deux autres adolescentes au début de l'intervention. Ces deux participants sont également ceux ayant mentionné avoir eu une prise de conscience quant à l'ampleur de leur consommation. Il est possible que les effets soient plus perceptibles chez ceux ayant un niveau de consommation plus élevé. Cela nous amène aussi à supposer qu'un adolescent ayant une consommation faible et par conséquent, vivant moins de conséquences négatives liées à sa consommation, serait moins enclin à avoir une prise de conscience qui susciterait un changement quant à ses habitudes de consommation. Il est possible que le sujet 4 aurait dû être exclu de l'étude puisque son niveau initial de consommation ne correspondait pas aux critères d'échantillonnage.

Dans l'étude expérimentale subséquente, il sera important de déterminer si le GRD peut entraîner des effets iatrogènes chez des participants ayant une consommation très faible, dans la mesure où ils pourraient être influencés négativement par leurs pairs qui consomment davantage.

Implication pour la recherche et la pratique

Premièrement, ce projet de mémoire s'insère dans une étude de plus grande envergure qui vise à évaluer l'efficacité du GRD. Cette étape préliminaire a permis de tester les outils utilisés pour la cueillette de données. Ces derniers pourront être réutilisés, avec quelques modifications, pour l'évaluation formelle du programme. D'autre part, cette recherche vient supporter le modèle logique du GRD créé par le comité de

développement. Notamment, cette étude a supporté le fait que les activités prévues au guide d'animation, une partie de l'intervention globale, pouvaient possiblement occasionner les effets perçus à court et moyen terme comme prévu.

Deuxièmement, cette étude a permis aux éducateurs/animateurs d'expérimenter la mise à jour du GRD puis de s'exprimer sur l'expérience qu'ils ont vécue pendant l'animation du programme. L'expérience vécue par les animateurs pendant l'essai pilote a montré que cette deuxième version du GRD est facile à animer et s'intègre bien dans la programmation des unités de réadaptation. Plus précisément, la modification de la durée des séances qui est passée de 1 h 30 à 1 h semble avoir été un changement bénéfique.

Pour terminer, cette recherche soulève la nécessité d'effectuer davantage d'études sur les interventions s'inscrivant dans une approche de réduction des méfaits en termes de prévention de la toxicomanie chez les adolescents. Bien que les résultats obtenus grâce à ce mémoire soient divisés, certains participants semblent avoir intégré des stratégies comportementales de protection qui pourraient, par conséquent, réduire les risques de leur consommation. De plus, il est possible que cette approche puisse rejoindre une clientèle en difficulté qui, bien souvent, nie l'ampleur de leur consommation et ainsi, refuse les services spécialisés en dépendance qui leur seraient nécessaires. Le GRD et d'autres programmes similaires pourraient leur enseigner différentes techniques pour réduire les risques et les conséquences négatives de leur consommation tout en suscitant une réflexion sur leurs situations actuelles.

Forces et limites

D'abord, le devis utilisé pour cette étude a permis d'obtenir une grande diversité d'informations. Notamment, les données qualitatives obtenues ont facilité l'exploration de l'implantation et des effets perçus du GRD sans restreindre les possibilités aux éléments qui avaient été anticipés. Cela correspond bien à la nature d'une évaluation pilote. Elles ont contribué à l'obtention d'une grande richesse d'informations qui a permis de supporter et d'ajouter des précisions aux résultats quantitatives. En plus d'ajouter à la crédibilité de cette étude, la combinaison des deux méthodes a contribué à la compréhension du cheminement vécu par les adolescents qui en viennent à atteindre les objectifs du programme. En effet, cette étude a donné de l'importance à l'expérience vécue par les jeunes et leur a permis de s'exprimer librement afin de donner leur opinion sur le programme, ce qu'ils ne font pas habituellement. Les témoignages recueillis ont également permis de supporter certains mécanismes d'action inclus dans le modèle logique telle que la prise de conscience qui a été rapportée par la quasi-totalité des adolescents.

En contrepartie, cette étude présente des limites qui pourraient diminuer la portée de ses conclusions. Une première limite est le faible nombre de participants. Effectivement, cette étude s'est penchée sur l'expérience de seulement quatre adolescents et deux animateurs. Les fugues, les transferts d'unité et les fins de placement ont occasionné une forte attrition chez les participants. Bien qu'il s'agisse de la réalité des CJ, cette information reflète l'importance de l'ajout des activités individuelles dans le programme pour que les séances puissent être reprises avec les jeunes qui s'absenteraient à une ou plusieurs rencontres. Cela dit, l'échantillon limité rend impossible la

généralisation des résultats à d'autres adolescents qui recevraient cette intervention. Une étude comprenant davantage de participants ainsi qu'un groupe contrôle est nécessaire pour affirmer que le GRD occasionne effectivement les effets prétendus.

La méthode utilisée comprend également des faiblesses. Notamment, les collectes de données ont uniquement eu lieu au début et à la fin du programme. Cette méthode ne permet donc pas de voir l'évolution de ces changements dans le temps. Une collecte de données supplémentaires, après quelques mois par exemple, aurait permis de vérifier si les résultats perdurent dans le temps particulièrement lorsque les adolescents terminent leur placement et retrouvent un contexte de vie plus normatif. Cela soulève un autre élément qui s'ajoute aux limites de cette étude. En effet, le contexte légal du placement en unité de réadaptation des participants de cette étude a possiblement réduit le nombre d'occasions de consommer qu'ils ont eu. Les adolescents placés en CJ voient parfois leurs sorties et accès à l'extérieur limités. Ainsi, une diminution de la fréquence de consommation chez ces jeunes pourrait être associée à un moins grand nombre d'occasions plutôt qu'un effet du programme. Il est également possible que ces adolescents consomment moins lorsqu'ils ont des sorties puisque leur tolérance aux substances aurait baissé vu la diminution de leur fréquence de consommation. Par conséquent, ces deux éléments pourraient réduire la quantité consommée sans que les adolescents aient réellement vécu un cheminement au niveau introspectif lié au programme.

Un autre enjeu contextuel vient contribuer aux limites de cette étude. En effet, le contexte légal du placement en unité de réadaptation pourrait avoir biaisé les réponses données par les participants. Notamment, cet élément aurait pu avoir un impact sur ce que

les adolescents étaient prêts à divulguer à l'éducateur pendant les séances ou au chercheur lors de la collecte de données. Il est possible de croire que les participants n'ont pas tout dévoilé par peur que l'information puisse modifier les termes de leur placement au CJM-IU. Malgré tout, la plupart des participants ont affirmé avoir eu l'impression de pouvoir s'exprimer librement tout au long de l'intervention. De manière similaire, il est possible que les participants n'aient pas été à l'aise d'évaluer négativement l'animateur puisque c'est lui-même qui recueillait les cotations des participants.

En somme, ces différents éléments doivent nécessairement être pris en compte dans l'analyse des résultats. Ce mémoire confirme le besoin de procéder avec l'évaluation expérimentale plus large afin de déterminer le lien causal entre le GRD et les effets potentiels.

Conclusion

En conclusion, la présente étude suggère que le Groupe de réflexion sur les drogues (2^e génération) s'implante facilement dans un contexte de CJ et pourrait entraîner certains changements auprès des participants. Le GRD semble permettre aux adolescents de porter un regard sur leur consommation ce qui entraîne parfois une prise de conscience sur les changements à apporter. Vu le faible échantillon de ce mémoire, le devis pré-experimental et les résultats parfois contradictoires, une évaluation plus approfondie demeure nécessaire pour confirmer les effets de ce programme.

En plus d'offrir un contenu facile à animer, ce programme s'intègre bien dans la programmation des Centres jeunesse et, par conséquent, pourrait être proposé dans d'autres milieux tels que les écoles, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres de réadaptation en dépendance. De cette façon, davantage d'adolescents ayant une consommation problématique ou à risque de le devenir pourraient bénéficier de cette intervention. Cela dit, cette clientèle qui refuse parfois les interventions spécialisées en dépendance pourrait se sentir en confiance de participer à un programme qui emploie une approche axée sur l'acceptation du rythme tout en encourageant les comportements sécuritaires. Enfin, les psychoéducateurs jouent un rôle majeur dans le développement de programmes de prévention et la détection des problèmes de consommation chez les adolescents. Il est essentiel que ces derniers soient pris en charge rapidement pour prévenir l'aggravation de leurs habitudes de consommation dans le but de diminuer les risques de vivre des conséquences négatives ou de développer une dépendance.

Références

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior. Dans J. Kuhl et J. Beckmann (dir.), *Action control : From cognition to behavior* (p. 11-39). Heidelberg, Germany : Springer.
- Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Akers, R. L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach* (2^e éd.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Allen J.P. et Wilson V.B. (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. (2nd. ed.). NIAAA Treatment Handbook Series. Bethesda, MD: NIAA.
- Amar, M.B. (2007). *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*. Repéré sur le site du Centre québécois de lutte aux dépendances : <http://www.cqld.ca/publications-2.html>
- Amar, M.B. (2014). *Drogues : Savoir plus, risques moins* (7^e éd.). Montréal, Québec : Centre québécois de lutte aux dépendances.
- Amar, M.B. (2015). *La toxicomanie*. Montréal, Québec : Les presses de l'Université de Montréal.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122-147.
- Benton, S.L., Schmidt, J.L., Newton, F.B., Shin, K., Benton, S.A. et Newton, D.W. (2004). College student protective strategies and drinking consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 115-121.
- Borrelli, B., Sepinwall, D., Ernst, D., Bellg, A.J., Czajkowski, S., Breger, R. et Resnick, B. (2005). A new tool to assess treatment fidelity and evaluation of treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 852-860.
- Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 625-648). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Brisson, P. (2014). *Prévention des toxicomanies : Aspects théoriques et méthodologiques*, 2^e édition, revue et augmentée. Les presses de l'Université de Montréal, Montréal.

- Brochu, S., Cousineau, M.M., Provost, C., Erickson, P. et Fu, S. (2010). Quand drogues et violence se rencontrent chez les jeunes : un cocktail explosif ?. *Drogues, santé et société*, 9(2), 149-178.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. et Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 116(2), 111-267.
- Bukstein, O.G. (1995). *Adolescent Substance Abuse: Assessment, Prevention, and Treatment*. New York: John Wiley and Sons.
- Clair, M., Stein, L., Martin, R., Colby, S.M., Barnett, N., Monti, P., Golembeske, C. et Lebeau, R. (2011). Motivation to change alcohol use and treatment engagement in incarcerated youth. *Addictive Behaviors*, 36(6), 674-680.
- Crews, F., He, J. et Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 189-199.
- Dane, A.V. et Schneider, B.H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control?. *Clinical psychology review*, 18(1), 23-45.
- Delva, J., Smith, M.P., Howell, R.L., Harrison, D.F., Wilke, D. et Jackson, D.L. (2004). A study of the relationship between protective behaviors and drinking consequences among undergraduate college students. *Journal of American College Health*, 53(1), 19-27.
- Desrosiers, P., Ménard, J.-P., Tremblay, J., Bertrand, K. et Landry, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base*. Repéré sur le site de l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec : http://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Readaption_adulte.pdf
- Dishion, T.J., McCord, J. et Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American psychologist*, 54(9), 755-764.
- Durand, M.J., Coutu, M.F. et Hong, Q.N. (2014). L'évaluation d'implantation des programmes : Illustrations des programmes de réadaptation en santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 189-210). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health education research*, 18(2), 237-256.

- Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Fallu, J.-S., Brière, F.N., Descheneaux, A., Keegan, V., Maguire, J., Chabot, A. et Gagnon, V. (2008). Consommation d'amphétamines chez les adolescents et les adolescentes : étude des facteurs associés avec centration sur les différences entre les sexes. État de la situation, recension des écrits et résultats de groupes sonde. Rapport du GRIP Montréal au ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Fried, P.A., Watkinson, B. et Gray, R. (2005). Neurocognitive consequences of marihuana. A comparison with pre-drug performance. *Neurotoxicology and teratology*, 27(2), 231-239.
- Fergusson, D.M. et Horwood, L. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92(3), 279-296.
- Gagnon, H. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: portrait épidémiologique*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/publications/950>
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : meilleures pratiques de prévention*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1488>
- Gagnon, H. et Rochefort, L. (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : Conséquences et facteurs associés*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1102>
- Gendreau, G. (2001). *Intervention psychoéducative et jeunes en difficulté*. Montréal: Éditions Sciences et Culture.
- Gendreau, G. (1995). *Partager ses compétences. Un projet à découvrir*. (2 tomes). Montréal: Sciences et culture.
- Gottfredson, D.C. et Wilson, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4(1), 27-38.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. et 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(1), 64-105.
- Hawkins, J. D. et Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. The Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden.

- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. et Morgan, M. (2004). *ESPAD report 2003 : alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors, Stockholm, Sweden.
- Kaplan, H. B. (1975). *Self-attitudes and deviant behavior*. Pacific Palisades, CA: Goodyear.
- Katambwe, J., Genest, K. et Porco, B. (2014). Approches méthodologiques et objets d'induction organisationnels : la pertinence d'une stratégie de recherche multiétagée. *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 1(1), 239-268.
- Kumpfer, K. L. et Turner, C. W. (1990). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse*, 25(S4), 435-463.
- Lambert, G., Haley, N., Jean, S., Tremblay, C., Frappier, J. Y., Otis, J. et Roy, É. (2012). *Sexe, drogues et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Repéré sur le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-134-3.pdf
- Lamoureux, M.C., Desjardins, N., Gagnon, R., Gauthier, D. et Sévigny, D. (1996). *Revue de littérature concernant l'évaluation de programme dans le secteur de la santé et des services sociaux : Définitions, approches, stratégies*. Repéré sur le site du Centre québécois de documentation en toxicomanie : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000027174.pdf>
- Laprise, P., Gagnon, H., Leclerc, P. et Cazale, L. (2012). Consommation d'alcool et de drogues. Dans L. Pica, I. Traoré, F. Bernèche, P. Laprise, L. Cazale, H. Camirand, M. Berthelot et N. Plante (Éds.), *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1 (pp. 169-209). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence: recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société*, 9(1), 121-164.
- Martens, M.P., Ferrier, A., Sheehy, M.J., Corbett, K., Anderson, D.A., et Simons, A. (2005). Development of the Protective Behavioral Strategies Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 698-705.

- Martens, M.P., Pederson, E.R., LaBrie, J.W., Ferrier, A.G. et Cimini, M.D. (2007). Measuring alcohol-related protective behavioral strategies among college students: further examination of the Protective Behavioral Strategies Scale. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 307.
- McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L. et Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99(3), 278-291.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. et Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4), 491-503.
- Midford, R., Ramsden, R., Lester, L., Cahill, H., Mitchell, J., Foxcroft, D.R. et Venning, L. (2015). Alcohol Prevention and School Students: Findings From an Australian 2-Year Trial of Integrated Harm Minimization School Drug Education. *Journal of Drug Education: Substance Abuse Research and Prevention*, 1-24.
- Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. *Emotional & behavioral disorders in youth*, 4(4), 81-109.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford press.
- Mokrysz, C., Landy, R., Gage, S.H., Munafò, M.R., Roiser, J.P. et Curran, H.V. (2016). Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. *Journal of Psychopharmacology*, 30(2), 159-168.
- Moos, R.H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100(5), 595-604.
- Olsen, W. (2004). Triangulation in social research: qualitative and quantitative methods can really be mixed. *Developments in sociology*, 20, 103-118.
- Paglia-Boak, A. et Adlaf, E. (2007). *La consommation de substances, les méfaits et les jeunes*. Repéré sur le site du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011521-2007-f.pdf>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Petratis, J., Flay, B.R. et Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological bulletin*, 117(1), 67-86.

- Poulin, C. (2006). *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*. Repéré sur le site du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-11341-2006.pdf>
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*, 28, 183–218.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec. (2013) *DEP-ADO : Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (version 3.2a)*. Repéré à <https://goo.gl/AHCQ37>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation, une conception, une méthode*. Montréal, QC : Science et Culture.
- Robertson, E.B, Perl, H.I., Reider, E.E., Sims, B.E., Crump, A.D. et Compton, W.M. (2015). Drug use prevention : Definitions and terminology. Dans L.M. Scheier (dir.), *Hanbook of adolescent drug use prevention* (p. 11-29). Washington, États-Unis : American psychological association.
- SAMSHA (2006). *Youth Violence and Illicit Drug Use*. The NSDUH report. Repéré à <http://eric.ed.gov/?id=ED495798>
- Santé Canada. (2001). Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques. Ottawa: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. No H39-580/2001F.
- Simons, R. L., Conger, R. D. et Whitbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.
- Slavet, J., Stein, L.A.R., Colby, S., Barnett, N., Monti, P., Golembeske, C. et Lebeau-Craven, R. (2006). The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 42-48.
- Springer, J.F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. et Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171-194.
- Tapert, S.F., Aarons, G.A., Sedlar, G.R. et Brown, S.A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28(3), 181-189.

- Tapert, S.F., Granholm, E., Leedy, N.G. et Brown, S.A. (2002). Substance use and withdrawal: neuropsychological functioning over 8 years in youth. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(07), 873-883.
- Townsend, L., Flisher, A.J. et King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical child and family psychology review*, 10(4), 295-317.
- Traoré, I., Pica, L.A., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M. et Plante, N. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N. et Garceau, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*. Québec: Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes (2^e édition)*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). International Standards on Drug Use Prevention. Repéré à https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf
- Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., ... et Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. *JAMA psychiatry*, 73(3), 292-297.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. et Castillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American journal of public health*, 85(7), 921-926.
- Werch, C.E. et Owen, D.M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581-590.

Annexe I

Rencontre 1 – C'est parti!

PRÉSENCES

Inscrire le nom de tous les adolescents inscrits dans le Groupe de réflexion sur les drogues puis cocher s'ils étaient présents ou absents lors de la rencontre 1.

Prénom	Présents	Absent

Inscrire de nom des participants absents et le motif de cette absence.

Prénom : _____

Motif : _____

Prénom : _____

Motif : _____

Inscrire les situations particulières, lorsqu'il y a lieu (retard, retrait, etc.) :

PARTICIPATION

Inscrire le nom de chaque participant et attribuer une cote de 1 à 5 pour chaque élément de participation lors de la rencontre en question.

Cotation

(5) Excellent : L'adolescent complète les activités en surpassant les attentes et apporte plusieurs contributions positives aux discussions. Il respecte toutes les consignes.

(4) Très bien : L'adolescent complète les activités de manière satisfaisante et apporte, à quelques reprises, des contributions positives aux discussions. Il respecte les consignes.

(3) Bien : L'adolescent complète les activités de manière satisfaisante, mais apporte peu de contributions positives aux discussions. Il respecte la plupart des consignes.

(2) Peu : L'adolescent complète difficilement les activités et n'apporte pas de contributions positives aux discussions. Il ne respecte pas les consignes.

(1) Pas du tout : L'adolescent ne complète pas les activités et passe des commentaires inappropriés lors des discussions. Il ne respecte pas les consignes de l'animateur et cela nécessite plusieurs interventions.

Prénom	Complète les activités demandées	Contribue positivement aux discussions	Respecte les consignes

DÉROULEMENT – ACTIVITÉ 1

Mythes et réalités

Remplir les différentes sections du tableau. Ajouter des commentaires lorsque la durée réelle et le déroulement dérogent de ceux prévus.

Activité prévue	Durée prévue	Cocher si réalisée	Durée réelle	Commentaires
(1) Accueillir les participants	2 minutes			
(2-3) Présentation du thème, des objectifs et du déroulement de la rencontre	2 minutes			
(4) Demander aux participants de faire une première évaluation de leurs connaissances	1 minute			
(5) Participants complètent la Fiche d'accompagnement 1 – Mythes et réalités	5 minutes			
(6) Corriger le quiz sur les mythes et réalités	10 minutes			
(7) Demander aux participants de faire une seconde évaluation de leurs connaissances.	2 minutes			
(8-9-10) Transmettre les messages clés	3 minutes			
TOTAL :	25 minutes			

Commentaires généraux en lien avec le déroulement de l'activité 1 :

DÉROULEMENT – ACTIVITÉ 2

LE GROUPE DE RÉFLEXION SUR LES DROGUES

Remplir les différentes sections du tableau. Ajouter des commentaires lorsque la durée réelle et le déroulement dérogent de ceux prévus.

Activité prévue	Durée prévue	Cocher si réalisée	Durée réelle	Commentaires
(1) Faire un rappel des objectifs de l'activité 2	2 minutes			
(2 à 8) Présentation des différents sujets présents sur la Fiche d'accompagnement 3	20 minutes			
(9) Validation des attentes des participants	5 minutes			
(10) Distribution de l'entente contractuelle et signature des participants	3 minutes			
(11) Clore la rencontre en demandant aux participants de nommer les éléments qu'ils ont retenus	5 minutes			
TOTAL :	35 minutes			

Commentaires généraux en lien avec le déroulement de l'activité 2 :

SATISFACTION ET ÉVALUATION DE L'ANIMATION

Cocher à chaque énoncé si vous croyez avoir appliqué ou non les différentes habiletés de l'animation de groupe lors de la rencontre 1.

	Oui	Non
1. Diriger les conversations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Favoriser l'expression appropriée des sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Favoriser un climat positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Susciter l'intérêt des participants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Établir les règles et les rappeler au besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous croyez que certains éléments ont freiner votre capacité d'animation, veuillez les nommer ici :

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Afin de bonifier le GRD, vos commentaires sont essentiels. Veuillez inscrire vos impressions sur la structure, le contenu, le déroulement, etc.

Quels sont les éléments facilitant l'animation de cette rencontre?

Quels sont les obstacles de l'animation de cette rencontre?

Annexe II

Évaluation de ta participation

Nom : _____ Date : _____

Thème de la rencontre : _____

Réponds aux quatre questions pour évaluer ta participation à la rencontre d'aujourd'hui selon la cotation suivante :

Excellent : Tu complètes les activités en surpassant les attentes et apportes plusieurs contributions positives aux discussions. Tu respectes toutes les consignes. Tu es très attentif et réfléchi au sujet discuté.

Très bien : Tu complètes les activités de manière satisfaisante et apportes, à quelques reprises, des contributions positives aux discussions. Tu respectes les consignes et es attentif.

Bien : Tu complètes les activités de manière satisfaisante, mais apportes peu de contributions positives aux discussions. Tu respectes la plupart des consignes et es parfois attentif.

Peu : Tu complètes difficilement les activités et n'apportes pas de contributions positives aux discussions. Tu ne respectes pas les consignes et penses à autre chose pendant les activités.

Pas du tout : Tu ne complètes pas les activités et passes des commentaires inappropriés lors des discussions. Tu ne respectes pas les consignes de l'animateur et cela nécessite plusieurs interventions. Tu n'es pas attentif.

1. Je complète les activités demandées

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

2. Je contribue positivement aux discussions.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

3. Je respecte les consignes.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

4. Je suis attentif(ve).

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

Évaluation de l'animation

Nom : _____ Date : _____

Thème de la rencontre : _____

Réponds aux cinq questions pour évaluer la qualité de l'animation à la rencontre d'aujourd'hui :

1. L'animateur dirige les discussions.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

2. L'animateur favorise l'expression des émotions.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

3. L'animateur favorise un climat positif.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

4. L'animateur suscite l'intérêt des participants.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

5. L'animateur établit des règlements et les rappelle au besoin.

Excellent	Très bien	Bien	Peu	Pas de tout
<input type="radio"/>				

Annexe IV

Questionnaire d'entrevue – Participants

- De manière générale, quelle est ton opinion du Groupe de réflexion sur les drogues?
- Quels impacts crois-tu que le GRD a eu sur toi?
- Depuis ta participation au GRD, comment ta motivation à changer a-t-elle évoluée?
- Quelles connaissances sur les drogues as-tu apprises grâce au GRD?
- Depuis ta participation au GRD, quelles modifications as-tu apportées à tes habitudes de consommation?
- Quels comportements de protection as-tu appris pendant le GRD ? Les utilises-tu?
- Si tu pouvais apporter n'importe quelles modifications au GRD, que seraient-elles?
- Pendant les rencontres du GRD, avais-tu l'impression de pouvoir t'exprimer librement sans que tes propos puissent t'apporter des inconvénients? Pourquoi?

Annexe V

Questionnaire entrevue – Animateur

- De manière générale, quelle est ton opinion du Groupe de réflexion sur les drogues ?
- Quels bienfaits crois-tu que les participants ont retirés ?
- Le GRD comportait-il des obstacles liés à l'animation ? Lesquels?
- Quels sont les éléments qui ont facilité l'animation du GRD ?
- Si tu pouvais apporter n'importe quelles modifications au GRD, quelles seraient-elles ?

Salut!

Dans le cadre d'une étude portant sur le Groupe de réflexion sur les drogues (GRD), nous souhaitons documenter l'évolution que tu vivras à travers ce projet. Nous sommes intéressés par ton cheminement et ton évolution qui aura lieu au courant du GRD.

Ce questionnaire est **confidentiel**, c'est-à-dire personne à l'unité ou à la maison n'en connaîtra tes réponses. Tes réponses seront seulement accessibles aux chercheurs impliqués dans cette étude.

Soit sans crainte, il n'y a pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses. Cependant, il est bien important de répondre à toutes les questions.

Ta participation est importante et très appréciée, mais elle est **volontaire**. Tu peux donc te retirer à tout moment.

Assure-toi de bien **répondre à toutes les questions**!! S'il y a des questions que tu ne comprends pas, ne te gêne pas pour nous le dire.

Nous te rappelons que tes réponses sont entièrement confidentielles.

Personne à l'unité n'aura accès à ce questionnaire.

Nous te remercions grandement de ton aide et de ta collaboration !

Avant de commencer, lis bien ces explications. Si tu as des questions, n'hésite pas à demander de l'aide à la chercheuse sur place ou à l'éducateur.

Pour les sections 1 à 6

- Remplis bien toutes les sections du questionnaire.
- Pour les questions à choix de réponse, tu dois noircir le cercle correspondant à la réponse qui te convient. Tu dois noircir le cercle au complet et en essayant de ne pas dépasser.
- Tu ne peux choisir qu'une seule réponse par question.
- Réponds à l'aide d'un crayon à mine ou un stylo (noir ou bleu). N'utilise surtout pas de crayon-feutre ou fluorescent.

SECTION 1 : LA MOTIVATION

1.1. Les 10 énoncés exposent les réflexions que pourrait avoir quelqu'un qui envisage des changements quant à sa **consommation d'alcool**. Coche **UN SEUL ÉNONCÉ** qui représente le mieux ta situation actuelle.

Si tu ne consommes pas d'alcool, passe à la question 1.2

J'ai modifié ma consommation d'alcool et je ne recommencerais jamais à boire comme je le faisais auparavant.	<input type="radio"/>
J'ai modifié ma consommation d'alcool, mais je m'inquiète toujours de retomber dans mes anciennes habitudes. Je dois donc continuer à travailler sur les changements que j'ai apportés.	<input type="radio"/>
J'ai l'intention de recommencer à consommer de l'alcool lors de ma sortie. Par contre, j'apporterai quelques modifications comme réduire la quantité d'alcool que je consomme.	<input type="radio"/>
Lors de ma sortie, je prévois apporter des changements à ma consommation d'alcool. Je suis presque prêt(e) à planifier la façon que j'y arriverai.	<input type="radio"/>
Lors de ma sortie, je prévois apporter des changements à ma consommation d'alcool. Par contre, je ne suis pas prêt(e) à planifier ces changements.	<input type="radio"/>
Je réfléchis souvent à modifier ma consommation d'alcool, mais je n'ai pas planifié ce changement.	<input type="radio"/>
Je réfléchis parfois à modifier ma consommation d'alcool, mais je n'ai pas planifié ce changement.	<input type="radio"/>
Je réfléchis rarement à modifier ma consommation d'alcool et je n'ai pas de planifié de changer.	<input type="radio"/>
Je ne réfléchis jamais à modifier ma consommation d'alcool et je n'ai pas planifié de changer.	<input type="radio"/>
J'aime boire de l'alcool et j'ai décidé de ne jamais changer cela. Je n'ai aucun intérêt à modifier ma façon de boire.	<input type="radio"/>

- 1.2. Les 10 énoncés suivants exposent les réflexions que pourrait avoir quelqu'un qui envisage des changements quant à sa **consommation de cannabis** (pot, haschich, etc.). Coche **UN SEUL ÉNONCÉ** qui représente le mieux ta situation actuelle.

Si tu ne consommes pas de cannabis, passe à la question 1.3

J'ai modifié ma consommation de cannabis et je ne recommencerais jamais à consommer comme je le faisais auparavant.	<input type="radio"/>
J'ai modifié ma consommation de cannabis, mais je m'inquiète toujours de retomber dans mes anciennes habitudes. Je dois donc continuer à travailler sur les changements que j'ai apportés.	<input type="radio"/>
J'ai l'intention de recommencer à consommer du cannabis lors de ma sortie. Par contre, j'apporterai quelques modifications comme réduire la quantité de cannabis que je consomme.	<input type="radio"/>
Lors de ma sortie, je prévois apporter des changements à ma consommation de cannabis. Je suis presque prêt(e) à planifier la façon que j'y arriverai.	<input type="radio"/>
Lors de ma sortie, je prévois apporter des changements à ma consommation de cannabis. Par contre, je ne suis pas prêt(e) à planifier ces changements.	<input type="radio"/>
Je réfléchis souvent à modifier ma consommation de cannabis, mais je n'ai pas planifié ce changement.	<input type="radio"/>
Je réfléchis parfois à modifier ma consommation de cannabis, mais je n'ai pas planifié ce changement.	<input type="radio"/>
Je réfléchis rarement à modifier ma consommation de cannabis et je n'ai pas de planifié de changer.	<input type="radio"/>
Je ne réfléchis jamais à modifier ma consommation de cannabis et je n'ai pas planifié de changer.	<input type="radio"/>
J'aime consommer du cannabis et j'ai décidé de ne jamais changer cela. Je n'ai aucun intérêt à modifier ma façon de consommer.	<input type="radio"/>

1.3. Les 10 énoncés suivants exposent les réflexions que pourrait avoir quelqu'un qui envisage des changements quant à sa **consommation d'autres substances** (méthamphétamine, MDMA, champignons magiques, etc.). Coche **UN SEUL ÉNONCÉ** qui représente le mieux ta situation actuelle.

Si tu ne consommes pas d'autres drogues, passe à la question à la section 2.

J'ai modifié ma consommation de drogues et je ne recommencerai jamais à consommer comme je le faisais auparavant.	<input type="radio"/>
J'ai modifié ma consommation de drogues, mais je m'inquiète toujours de retomber dans mes anciennes habitudes. Je dois donc continuer à travailler sur les changements que j'ai apportés.	<input type="radio"/>
J'ai l'intention de recommencer à consommer des drogues lors de ma sortie. Par contre, j'apporterai quelques modifications comme réduire la quantité de cannabis que je consomme.	<input type="radio"/>
Lors de ma sortie, je prévois apporter des changements à ma consommation de drogues. Je suis presque prêt(e) à planifier la façon que j'y arriverai.	<input type="radio"/>
Lors de ma sortie, je prévois apporter des changements à ma consommation de drogues. Par contre, je ne suis pas prêt(e) à planifier ces changements.	<input type="radio"/>
Je réfléchis souvent à modifier ma consommation de drogues, mais je n'ai pas planifié ce changement.	<input type="radio"/>
Je réfléchis parfois à modifier ma consommation de drogues, mais je n'ai pas planifié ce changement.	<input type="radio"/>
Je réfléchis rarement à modifier ma consommation de drogues et je n'ai pas de planifié de changer.	<input type="radio"/>
Je ne réfléchis jamais à modifier ma consommation de drogues et je n'ai pas planifié de changer.	<input type="radio"/>
J'aime consommer des drogues et j'ai décidé de ne jamais changer cela. Je n'ai aucun intérêt à modifier ma façon de consommer.	<input type="radio"/>

SECTION 2 : CONNAISSANCES SUR LES DROGUES

Réponds aux questions suivantes au meilleur de tes connaissances.

2.1. Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau évalues-tu tes connaissances sur les drogues ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.2. À quelle fréquence cherches-tu à avoir des informations véridiques sur les drogues ?

Jamais	Des fois	Souvent	Toujours
--------	----------	---------	----------

2.3. Quelles sont les trois catégories de drogues ?

Stimulant Analgésique Dépresseur	Dépresseur Stimulant Perturbateur	Hallucinogène Analgésique Euphorisant	Stimulant Dépresseur Euphorisant
--	---	---	--

2.4. Quel est le mode d'administration le plus sécuritaire ?

Oral	Injection	Inhalation (fumer)	Inhalation (nasale)
------	-----------	-----------------------	------------------------

2.5. La consommation de drogues est une façon parmi d'autres de répondre à ses besoins.

Vrai	Faux
------	------

2.6. Plus une personne est en bas âge, plus elle est à risque de vivre un effet désagréable et de développer une dépendance.

Vrai	Faux
-------------	-------------

2.7. Quels éléments sont compris dans la loi de l'effet (principe qui détermine l'effet ressenti lors d'une consommation) :

La substance et la personne	La drogue et l'ambiance	La substance, l'individu et le contexte	L'individu et le contexte
------------------------------------	--------------------------------	--	----------------------------------

2.8. Quel environnement pourrait comporter moins de risque pour consommer ?

Dans un parc	À l'école	Dans un party	À la maison
---------------------	------------------	----------------------	--------------------

2.9. Une personne qui consomme pour le plaisir est plus à risque de développer une dépendance qu'une personne qui consomme pour oublier ses problèmes.

Vrai	Faux
-------------	-------------

2.10. Plus une personne consomme souvent et en grande quantité, plus elle est à risque de vivre des conséquences négatives.

Vrai	Faux
-------------	-------------

2.11. Il faut absolument être bon dans une activité pour qu'elle devienne une passion.

Vrai	Faux
-------------	-------------

2.12. La rechute fait partie du processus de changement.

Vrai	Faux
-------------	-------------

2.13. Les ressources spécialisées en dépendance sont seulement réservées à ceux qui ont de graves problèmes de consommation.

Vrai	Faux
-------------	-------------

SECTION 3 – TA CONSOMMATION D’ALCOOL ET D’AUTRES DROGUES

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé les drogues suivantes :

	0	1-2	3 à 5	6 à 9	10-19	20 à 39	40 et +
3.1. Alcool (bière, vin, alcool fort,...)	<input type="radio"/>						
3.2. Cannabis (marijuana, pot, haschisch,...)	<input type="radio"/>						
3.3. Amphétamine (speeds)	<input type="radio"/>						
3.4. Cocaïne	<input type="radio"/>						
3.5. Champignons magiques	<input type="radio"/>						
3.6. GHB	<input type="radio"/>						
3.7. Ecstasy (MDMA)	<input type="radio"/>						
3.8. LSD	<input type="radio"/>						
3.9. PCP	<input type="radio"/>						
3.10. Héroïne ou autres opiacés	<input type="radio"/>						
3.11. Stéroïdes anabolisants	<input type="radio"/>						

3.12. Lors d'une occasion typique (ordinaire) de consommation, combien bois-tu de verre(s) d'alcool ?

Je ne consomme pas d'alcool	Moins d'un verre	1 ou 2 verre(s)	3 ou 4 verres	5 verres et plus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.13. Lors d'une occasion typique (ordinaire) de consommation, combien de cannabis consommes-tu ?

Je ne consomme pas de cannabis	Moins d'un joint	Plus d'un joint
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.14. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois t'es-tu soûlé(e) avec de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?

Je ne consomme pas d'alcool	1-2 fois	3 à 5 fois	6 à 9 fois	10 à 19 fois	20 fois et plus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.15. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé de l'alcool et du cannabis (marijuana, pot) en même temps ?

Jamais	Une ou deux fois	Plusieurs fois	Très souvent
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.16. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé de l'alcool et d'autres drogues que du cannabis en même temps ?

Jamais	Une ou deux fois	Plusieurs fois	Très souvent
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.17. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé plus d'une drogue en même temps ?

Jamais	Une ou deux fois	Plusieurs fois	Très souvent
---------------	-------------------------	-----------------------	---------------------

3.18. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la fréquence de ta consommation de cannabis?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

3.19. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la fréquence de ta consommation d'alcool?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

3.20. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la fréquence de ta consommation d'autres drogues (amphétamine, MDMA, champignons magiques, etc.)?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

3.21. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la quantité d'alcool typique prise lors d'épisodes de consommation ?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

3.22. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la quantité typique de cannabis prise lors d'épisodes de consommation ?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

3.23. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la fréquence de soûleries avec de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

3.24. Après ton placement au Centre jeunesse, as-tu l'intention de diminuer la fréquence des mélanges de plusieurs drogues (alcool, cannabis, autres drogues)?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
--------------------	---------------	--------------------	-----------------

SECTION 4 : LES MOTIFS DE CONSOMMATION

Si tu penses à toutes les fois où tu as bu de l'alcool (bière, vin, alcools forts, etc.), consommé du cannabis (pot, haschich, etc.) ou pris toutes autres drogues, **au cours des 12 derniers mois**, combien de fois l'as-tu fait...

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
4.1 pour mieux apprécier une fête ?	<input type="radio"/>				
4.2 parce que cela t'aide lorsque tu es déprimé(e) ou nerveux(se) ?	<input type="radio"/>				
4.3 pour te reconforter lorsque tu es de mauvaise humeur ?	<input type="radio"/>				
4.4 parce que tu aimes les sensations que cela procure ?	<input type="radio"/>				
4.5 pour te soûler ou être gelé(e) ?	<input type="radio"/>				
4.6 Parce que c'est plus drôle lorsque tu es avec les autres ?	<input type="radio"/>				
4.7 parce que tu aimerais faire partie d'un certain groupe ?	<input type="radio"/>				
4.8 Pour que les fêtes soient plus réussies ?	<input type="radio"/>				
4.9 Pour oublier tes problèmes ?	<input type="radio"/>				
4.10 Simplement parce que cela t'amuse ?	<input type="radio"/>				
4.11 Pour être apprécié(e) par les autres ?	<input type="radio"/>				
4.12 Pour ne pas me sentir exclu(e) ?	<input type="radio"/>				

SECTION 5 : CONSÉQUENCES NÉGATIVES LIÉES À L'USAGE

5.1. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé lors d'une même occasion quatre (4) verres et plus ?

Jamais	1 ou 2 fois	Entre 3 et 5 fois	Entre 6 et 9 fois	10 fois ou plus
---------------	--------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

5.2. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé lors d'une même occasion cinq (5) verres et plus ?

Jamais	1 ou 2 fois	Entre 3 et 5 fois	Entre 6 et 9 fois	10 fois ou plus
---------------	--------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

5.3. Au cours des 30 derniers jours, ta consommation d'alcool ou de drogue a-t-elle nui à ta santé (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.) ?

Oui	Non
------------	------------

5.4. Au cours des 30 derniers jours, as-tu eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex. : anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.) ?

Oui	Non
------------	------------

5.5. Au cours des 30 derniers jours, ta consommation d'alcool ou de drogue a-t-elle nui à tes relations avec ta famille ?

Oui	Non
------------	------------

5.6. Au cours des 30 derniers jours, ta consommation d'alcool ou de drogue a-t-elle nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse ?

Oui	Non
------------	------------

5.7. Au cours des 30 derniers jours, as-tu eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex. : absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.) ?

Oui	Non
------------	------------

5.8. Au cours des 30 derniers jours, as-tu dépensé trop d'argent ou en as-tu perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue ?

Oui	Non
------------	------------

5.9. Au cours des 30 derniers jours, as-tu commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex. : vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.) ?

Oui	Non
------------	------------

5.10. Au cours des 30 derniers jours, as-tu pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex. : relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxications, etc.) ?

Oui	Non
------------	------------

5.11. Au cours des 30 derniers jours, t'es-tu injecté une drogue ?

Oui	Non
------------	------------

SECTION 6 : STRATÉGIES COMPORTEMENTALES DE PROTECTION

6.1. À quelle fréquence utilises-tu les comportements de protection suivants ?

Comportements de protection	Jamais	Des fois	Souvent	Toujours
Commencer par la moitié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choisir un mode d'administration ayant une absorption plus lente (ex : oral plutôt que fumer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espacer ses consommations (ex : boire de l'eau entre ses consommations)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviter de mélanger certaines substances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attendre d'être dans un état d'esprit favorable (ex : être de bonne humeur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attendre d'être dans un état physique favorable (ex : être reposé, avoir bien mangé, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas entreprendre d'activités pouvant être risquées lors de la consommation (ex : utiliser objets tranchant, se baigner, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choisir un moyen de transport sécuritaire (ex : ne pas conduire d'auto ou de vélo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rester avec des amis ou des personnes de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bien s'hydrater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garder son verre à vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommer dans un endroit où tu ne risques pas de te faire prendre (ex : ne pas consommer dans un lieu public, à l'école)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION 7 : SERVICES D'AIDE

7.1. Es-tu à l'aise de parler de ta consommation avec un adulte significatif (parents, éducateurs, travailleurs sociaux, etc.) ?

Oui	Non
-----	-----

7.2. Cherches-tu à avoir de vraies informations sur les drogues ?

Oui	Non
-----	-----

7.3. As-tu déjà reçu des services d'aide individuelle à propos de ta consommation d'alcool ou de drogues ? Si oui, précise : _____

Oui	Non
-----	-----

7.4. As-tu déjà participé à un programme d'intervention sur les drogues, autres que le Groupe de réflexion sur les drogues ? Si oui, précise : _____

Oui	Non
-----	-----

Merci beaucoup :))