

Université de Montréal

L'abandon du traitement de jeunes toxicomanes ayant séjourné en communauté
thérapeutique et leur condition post-traitement

Par Florence Hamel

École de criminologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de M. Sc.
en criminologie

Mai 2013

© Florence Hamel, 2013

Université de Montréal
Faculté des Arts et des Sciences

Ce mémoire intitulé :

L'abandon du traitement de jeunes toxicomanes ayant séjourné en communauté thérapeutique et
leur condition post-traitement

Présenté(e) par :

Florence Hamel

a été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

Jo-Anne Wemmers, président-rapporteur

Louis-Georges Cournoyer, directeur de recherche

Jean-Sébastien Fallu, membre du jury

Résumé

De nombreux jeunes sont aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives. Bien que plusieurs traitements soient reconnus efficaces, les taux d'abandon chez les jeunes toxicomanes sont élevés et cela influence leur condition post-traitement. L'identification des caractéristiques des jeunes liés à l'abandon et à la condition post-traitement est donc nécessaire pour permettre d'adapter nos interventions en fonction des besoins des jeunes. La relation entre l'abandon du traitement ainsi que la condition post-traitement et diverses caractéristiques prétraitement a été examinée chez un échantillon de 215 clients adolescents admis à Portage entre 2003 et 2008, évalués avec l'instrument Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (Germain, Landry, & Bergeron, 2003, 1999). Les relations entre l'abandon du traitement et des variables concernant leur consommation, leur état de santé, leurs problématiques liées à leurs occupations, leur état psychologique, leurs difficultés vécues auprès des proches et dans la famille ainsi que leurs difficultés socio-judiciaires ont été testées. Ces mêmes variables ont été utilisées pour chercher à prédire la condition post-traitement. Les régressions logistiques montrent qu'un premier séjour en communauté thérapeutique et les difficultés interpersonnelles prédisent l'abandon du traitement. Une fois les analyses réalisées de façon séparée selon le sexe, ces relations ne demeurent significatives que pour les filles. Les résultats des régressions linéaires multiples réalisées pour étudier la condition post-traitement ne permettent pas de retrouver les variables prévisionnelles rapportées dans les écrits scientifiques pour les clientèles adultes. Des questions sont soulevées quant à la pertinence de l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (Germain, Landry, & Bergeron, 2003, 1999) pour prédire l'abandon et la condition post-traitement.

Mots-clés : abandon du traitement, condition post-traitement, communauté thérapeutique, adolescents

Abstract

Alcohol and drugs misuse is a daily struggle for many teens. Although the effectiveness of many treatments has been well documented, treatment dropout rates among teens are high and can impact treatment outcomes. The current study explored pre-treatment client characteristics as predictors of treatment drop-out and treatment outcomes. Teens entering the therapeutic community *Portage* between 2003 and 2008 (n=215) have been administered the *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (Germain, Landry, & Bergeron, 2003, 1999), a translation of the *Teen Addiction Severity Index* (Kaminer, Bukstein, & Tarter, 1991). Eight domains are measured by the questionnaire: alcohol use, drug use, health status, school or employment status, psychiatric status, peer-social relationships, family relationships and legal status. The relationships between these domains and treatment dropout were tested with logistic regression. The results indicated that first-time therapeutic community clients and those who were struggling with peer-social relationships prior to admission were most likely to drop out of treatment. Multiple linear regressions were then used to predict treatment outcomes measured by the eight domains of the questionnaire. The relevance of the *Teen Addiction Severity Index* (Kaminer, Bukstein, & Tarter, 1991) to predict treatment dropout and treatment outcomes is discussed.

Key-words: treatment dropout, treatment outcomes, therapeutic community, adolescent treatment

Table des matières

Résumé	<i>i</i>
Abstract	<i>ii</i>
Table des matières	<i>iii</i>
Liste des tableaux	<i>vi</i>
Liste de signes et des abréviations	<i>vii</i>
Remerciements	<i>viii</i>
Introduction	1
Recension des écrits	3
Le traitement de la toxicomanie chez les adolescents	3
Les communautés thérapeutiques	4
L'historique et la vision des communautés thérapeutiques	4
L'organisme Portage	5
L'abandon du traitement chez les toxicomanes	5
L'abandon du traitement	6
Les caractéristiques des personnes qui abandonnent le traitement	6
Les variables sociodémographiques	7
Le sexe	7
L'âge	7
La consommation	8
La référence au traitement	8
L'état psychologique	8
La stabilité sociale	8
Les variables liées au traitement	9
La condition post-traitement	9
La condition post-traitement chez les adolescents	10
La consommation de substances psychoactives	10
L'évaluation de la condition post-traitement de la consommation	10
Les actes de délinquance	11
D'autres sphères de vie influencées par le traitement	12
Les variables permettant de prédire la condition post-traitement	12
Les caractéristiques sociodémographiques	13
L'âge	13
Le sexe	13
Les facteurs liés à l'histoire de consommation	13
Les variables relatives à la santé mentale	14
Les variables liées à l'école et à l'emploi	14

Les variables liées à la famille et les pairs _____	14
Les actes de délinquance _____	15
La persévérance dans le traitement _____	15
L'abandon du traitement _____	15
Problématique _____	16
Méthodologie _____	18
Procédure _____	18
Participants _____	18
Outil _____	19
Mesures _____	20
Variables dépendantes _____	20
Objectif 1 _____	20
Objectif 2 _____	21
Variables indépendantes _____	21
Objectif 1 _____	21
Objectif 2 _____	22
Analyses statistiques _____	22
Résultats _____	24
Objectif 1 _____	24
Analyses bivariées _____	24
Analyses multivariées _____	27
Objectif 2 _____	29
Modèle 1 : l'abandon comme variable prévisionnelle _____	29
Modèle 2 : la comparaison selon le statut d'abandon _____	44
Discussion _____	70
Avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique _____	70
Difficultés liées aux relations interpersonnelles _____	70
Sexe _____	71
Âge _____	71
Consommation problématique _____	71
Autres _____	72
L'abandon comme variable prévisionnelle _____	73
La comparaison selon le statut d'abandon _____	74
Conclusion _____	78
Références _____	80
Annexe I _____	ix
Annexe II _____	xiii
Annexe III _____	xxi

Annexe IV _____ *xxii*

Annexe V _____ *xxiii*

Liste des tableaux

Tableau 1. Résultats des régressions logistiques des variables prévisionnelles de l'abandon du traitement (n = 215)	28
Tableau 2. Résultats des régressions logistiques des variables prévisionnelles de l'abandon du traitement chez les filles (n = 86).....	28
Tableau 3. Résultats des régressions logistiques des variables prévisionnelles de l'abandon du traitement chez les garçons (n = 129)	29
Tableau 4. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 1 (n = 215).....	31
Tableau 5. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 1 (n = 215)	33
Tableau 6. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 2 (n = 215).....	35
Tableau 7. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 (n = 215)	37
Tableau 8. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3 (n = 215).....	39
Tableau 9. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 3 (n = 215)	41
Tableau 10. Les variables prévisionnelles de la condition post-traitement pour chacun des temps de mesure	43
Tableau 11. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117).....	45
Tableau 12. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117).....	47
Tableau 13. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98).....	49
Tableau 14. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui ont abandonné le traitement (n = 98).....	51
Tableau 15. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117).....	53
Tableau 16. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117).....	55
Tableau 17. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)	57
Tableau 18. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)	59
Tableau 19. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117).....	61
Tableau 20. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117).....	63
Tableau 21. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98).....	65
Tableau 22. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)	67
Tableau 23. Les variables prévisionnelles de la condition post-traitement pour chacun des temps de mesure selon le statut d'abandon.....	69

Liste des sigles et liste des abréviations

CERT : Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie

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

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Remerciements

Je remercie le Professeur Louis-Georges Cournoyer pour ses conseils, ses encouragements et le grand respect qu'il a toujours manifesté à mon égard. Son souci de l'excellence a animé mon parcours de recherche.

À Pierre Toussaint, François Bourdon, François Lemieux et à Éric : merci pour l'aide technique et l'accueil chaleureux à la communauté thérapeutique Portage du Lac Écho.

Mes remerciements sincères vont à mes amis Dominik, Marie-Hélène, Melissa et Nathalie-France qui m'ont chacun à leur façon soutenue, guidée et stimulée.

Un merci immense à mon conjoint Daniel pour sa compréhension, sa patience, sa confiance et son soutien indéfectible.

Merci à mes parents qui, de toutes les manières, ont soutenu mes études et ma démarche. Ils constituent des sources d'inspiration au dépassement de soi.

En terminant, j'adresse mes pensées de courage et d'espoir aux adolescents qui ont séjourné ou séjournent à la communauté thérapeutique Le Portage.

Introduction

Comment aider au mieux les jeunes qui ont des problèmes de consommation d'alcool et de drogues? Cette question est fondamentale considérant l'importance des problèmes de consommation de substances psychoactives chez les adolescents dans les pays industrialisés, comme c'est le cas au Québec. La prévalence du problème et ses conséquences sont considérables. En 2008, 15 % des élèves québécois du secondaire ont consommé de l'alcool à une fréquence élevée (plus d'une fois par mois) dans les 12 derniers mois et 28 % ont rapporté avoir consommé de la drogue au moins une fois durant la dernière année (Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, ci-après ISQ, 2009). Une recension des écrits produite par l'Institut national de santé publique du Québec (2010) recense des conséquences graves pouvant découler de la consommation de substances psychoactives. Parmi les multiples conséquences sur la santé physique, notons l'hypertension, des problèmes de foie, des maladies respiratoires, des cancers, des hémorragies cérébrales et même des décès peuvent découler de la consommation. De plus, la consommation de substances psychoactives est souvent concomitante à des troubles mentaux tels que l'hyperactivité, les troubles de conduite et la dépression. Le décrochage scolaire, la délinquance et la violence sont aussi rapportées comme liées à cette consommation. Des auteurs identifient que sept à dix pour cent des adolescents américains auraient besoin d'une intervention thérapeutique en raison de leur consommation de substances psychoactives (Harrison, Fulkerson, & Beebe, 1998; Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1996). Au Québec, en cinquième secondaire, 17 % des élèves du secondaire québécois auraient une consommation d'alcool et/ou de drogue pour laquelle une intervention serait souhaitable ou nécessaire (ISQ, 2012).

Des traitements existent pour les adolescents toxicomanes. Plusieurs auteurs soulignent que les interventions pour ces jeunes permettent de diminuer la consommation de substances psychoactives et d'améliorer différentes sphères de leur vie (Brown et al., 2001; Brunelle et al., 2010; Clemmey et al., 2004; Hawke et al., 2000; Latimer et al., 2000; Moral et al., 2004; Rounds-Bryant & Staab, 2001). Soulignons tout de même l'avis divergent de Kaminer (2002) selon qui les traitements s'adressant aux jeunes ne sont pas efficaces.

Si des traitements existent, il faut encore que les jeunes les complètent. En effet, la condition post-traitement des jeunes qui abandonnent serait moins bonne (Hawke et al., 2000; Williams &

Chang, 2000; Winters, Stinchfield, Opland, Weller, & Latimer, 2000). Or, les taux d'abandon des traitements en toxicomanie sont généralement élevés (Baekeland & Lundwall, 1975; Stark, 1992). Les écrits scientifiques portant sur l'abandon du traitement sont en majorité désuets et peu d'études ont porté spécifiquement sur les adolescents. Il devient donc nécessaire d'étudier l'abandon du traitement et la condition post-traitement chez ce groupe. Dans ce mémoire, l'abandon du traitement et la condition post-traitement chez des adolescents québécois admis à la communauté thérapeutique Portage seront examinés.

Le présent mémoire comprend quatre chapitres. La recension des écrits résume et met en perspective l'état des connaissances sur les communautés thérapeutiques, la condition post-traitement et l'abandon du traitement chez les toxicomanes, en insistant sur la population adolescente lorsque les écrits en traitent. Dans le chapitre consacré à la méthode, les participants à l'étude, la procédure suivie, l'outil utilisé pour collecter les données et les stratégies d'analyses sont décrits. Le chapitre sur les résultats se divise en deux parties en fonction des deux objectifs spécifiques poursuivis. Enfin, dans le dernier chapitre (Discussion), une interprétation des principaux résultats de l'étude sera faite en confrontant ces résultats aux connaissances issues du contexte théorique et en les replaçant dans le contexte social dans lequel l'étude a été réalisée. Finalement, les limites de cette étude exploratoire ainsi que ses contributions sur le plan scientifique dans de futures études semblables seront énoncées.

Recension des écrits

Le traitement de la toxicomanie chez les adolescents

La consommation d'alcool et de drogue chez les adolescents québécois est une réalité préoccupante (Gouvernement du Québec, 2008). Au secondaire, 15% des élèves ont une fréquence élevée de consommation d'alcool et 25 % des élèves ont consommé de la drogue dans les douze derniers mois (ISQ, 2012). En cinquième secondaire, le pourcentage d'élèves ayant consommé de la drogue dans la dernière année passe à 47 % chez les garçons et à 41 % chez les filles (ISQ, 2012). La drogue la plus consommée est le cannabis : 25% des élèves du secondaire en ont consommé au moins une fois dans la dernière année (ISQ, 2012).

Une consommation équivalente peut causer des problèmes à certains et moins à d'autres. Une consommation est reconnue problématique lorsqu'elle intervient de façon négative dans une sphère de vie d'un jeune (Canadian network of substance abuse and allied professionals (CNSAAP), 2010). Dans la plus récente enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, les jeunes consommateurs ont identifié diverses conséquences de leur consommation d'alcool ou de drogue. Environ 8 % des élèves ont déclaré vivre des difficultés psychologiques, avoir des relations difficiles avec leur famille ou leurs amis, percevoir des effets négatifs sur leur santé physique ou encore vivre des difficultés scolaires (ISQ, 2012). Près d'un jeune sur 10 (9 %) admet avoir commis un geste délinquant sous l'influence d'alcool ou de drogue (ISQ, 2012).

Au Québec (Brunelle et al., 2010), comme ailleurs (Brown et al., 2001; Clemmey et al., 2004; Hawke et al., 2000; Latimer et al., 2000; Moral et al., 2004; Rounds-Bryant & Staab, 2001), les traitements offerts permettent généralement aux jeunes d'améliorer leur qualité de vie. Différents services provenant des secteurs public ou privé sont offerts aux jeunes québécois qui nécessitent une intervention. Dans le secteur public, des changements sont observés pendant les années 1980 : l'abstinence jusqu'alors préconisée laisse de plus en plus place à l'approche de réduction des méfaits (Brunelle et al., 2010; Plourde & Quirion, 2010). Alors que l'abstinence vise l'arrêt complet de la consommation, la réduction des méfaits vise plutôt à aider le jeune en tenant compte de ses besoins actuels quant à sa consommation (Brunelle et al., 2010; Landry & Lecavalier, 2003).

Dans le secteur privé, deux approches sont préconisées (Plourde & Quirion, 2010): le modèle des douze étapes (modèle Minnesota) ainsi que la communauté thérapeutique. Quatre piliers soutiennent le modèle Minnesota : le consommateur a le pouvoir de changer ses croyances et comportements; la dépendance à l'alcool ou aux drogues est considérée comme une maladie; les objectifs du traitement sont l'abstinence et l'amélioration de la qualité de vie; et les principes du modèle Minnesota sont communs à ceux des Alcooliques Anonymes ou des Narcotiques Anonymes (Cook, 1988). La communauté thérapeutique, quant à elle, ne perçoit pas la dépendance de la même façon.

Les communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques figurent parmi les interventions possibles auprès des toxicomanes dans le secteur privé. Ces centres de traitement recréent une micro-société qui regroupe des personnes souffrant généralement de dépendance et vivant ensemble de façon organisée pour une période donnée (Ottenberg, Broekaert, & Kooyman, 1993, cité dans Broekaert, 2001). Deux piliers, l'encouragement à l'initiative (*self-help*) et l'entraide, soutiennent le résident vu comme responsable de sa croissance personnelle (Ottenberg et al., 1993, cité dans Broekaert, 2001). Pour les jeunes qui ont besoin d'une intervention de haute intensité, les communautés thérapeutiques peuvent constituer un traitement envisagé.

L'historique et la vision des communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques ont vu le jour en 1958 dans l'établissement Synanon en Californie (Bunt, Muehlbach, & Moed, 2008). Ces premières communautés thérapeutiques ont offert un service alternatif aux toxicomanes jusqu'alors traités dans le système traditionnel de santé (Vanderplasschen et al., 2013). L'objectif de ces communautés était de favoriser la poursuite de l'abstinence et l'acquisition de maturité à travers le processus de traitement (Perfas, 2003). La dépendance aux substances y est vue comme un symptôme dans une problématique de vie plus globale de la personne (De Leon, 2000). La réussite des communautés thérapeutiques serait basée sur le concept même de communauté : chaque client, ou « résident », peut compter sur l'aide et le soutien d'autrui (Perfas, 2003). Cette vision, d'une part, de la dépendance comme un symptôme et, d'autre part, de la communauté comme soutenant le rétablissement, regroupe les deux principes fondamentaux du traitement en communauté thérapeutique (Bunt et al., 2008). Suite à la popularité du mouvement que connaissaient les États-Unis, les pays européens ont mis en place des communautés thérapeutiques (Broekaert, Vandeveld, Schuyten, Erauw, &

Bracke, 2004). Ces dernières ont adopté une méthode basée davantage sur le dialogue que sur la confrontation prônée dans les centres américains de l'époque (Broekaert, Vandeveld, Schuyten, Erauw, & Bracke, 2004).

L'organisme Portage

Au Québec, la première communauté thérapeutique ouvre ses portes aux adultes en 1973 au Lac Écho, à Prévost : Portage. Elle centre son intervention sur l'identification des causes à l'origine des problèmes de la personne, des compétences nécessaires à l'amélioration de sa situation ainsi qu'aux stratégies à adopter. Différentes clientèles y sont aujourd'hui accueillies : les adultes, les mères accompagnées de leurs enfants de moins de six ans, les personnes toxicomanes souffrant d'un trouble mental ainsi que les adolescents. C'est en 1991 que les premiers adolescents dans le besoin peuvent adhérer à un programme de réadaptation en résidence au Lac Écho, puis à Saint-Damien-de-Buckland à Saint-Malachie depuis 2009. Depuis 2001, les adolescents anglophones peuvent également séjourner à Beaconsfield sur l'Île-de-Montréal. Différents sites de Portage se sont ensuite installés à travers le Canada, notamment en Ontario et en Colombie-Britannique. Les interventions menées à Portage sont d'intensité élevée et cherchent à responsabiliser le client dans sa prise en charge. (Portage, 2011)

Les programmes pour adolescents à Portage s'adressent aux jeunes âgés de 14 ans et plus ayant un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme ou encore des problématiques scolaires ou sociales importantes (Portage, 2011). Par ailleurs, les jeunes sous la couverture de la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ou de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) peuvent bénéficier d'un séjour dans la communauté thérapeutique (Portage, 2011). Un programme d'enseignement secondaire, l'Académie Portage, est obligatoire pour les adolescents en thérapie (Portage, 2011).

L'abandon du traitement chez les toxicomanes

De façon générale, les indices de rémission (consommation adéquate et modérée ou abstinence) sont meilleurs chez les toxicomanes suivis en traitement que chez ceux qui ne sont pas traités (Chassin, Knight, Vargas-Chanes, Losoya, & Naranjo, 2009; Moos & Moos, 2005; Prendergast, Podus, Chang, & Urada, 2002; Weisner, Matzger, & Kaskutas, 2003). Encore faut-il que les personnes traitées complètent leur traitement : les adolescents qui complètent leur traitement connaissent davantage de bénéfices que les jeunes qui l'abandonnent (Hawke et al., 2000;

Williams & Chang, 2000; Winters et al., 2000). Dans la présente section, il sera question du phénomène de l'abandon du traitement ainsi que des caractéristiques des personnes abandonnant leur traitement.

L'abandon du traitement

Les traitements offerts aux personnes ayant une consommation problématique de substances psychoactives présentent des taux élevés d'abandon (Baekeland & Lundwall, 1975; Stark, 1992). Selon une recension des écrits, entre 20 et 50 % des jeunes toxicomanes abandonnent leur traitement, peu importe le type (Winters, 1999). En communauté thérapeutique, seulement 10% à 18% des adolescents termineraient leur traitement (Pompi, 1994).

L'abandon n'est pas souhaitable puisqu'il limite l'efficacité supposée du traitement, augmente la possibilité de rechute et les conséquences négatives sur les plans financier, légal et de la santé, (King & Canada, 2004; Pekarik, 1985). Il importe de souligner les deux façons de mesurer l'abandon. L'abandon peut être étudié de façon dichotomique, c'est-à-dire la complétion ou l'abandon du traitement (Cournoyer, Brochu, Landry, & Bergeron, 2007; Fernandez-Montalvo & López-Goñi, 2010; López-Goñi, Fernandez-Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008; McKellar et al., 2006; Saarnio & Knuuttila, 2003). Les chercheurs abordent aussi l'abandon sous l'angle de la persévérance dans le traitement, défini comme le nombre de jours de traitement, indépendamment de l'abandon (Cournoyer et al., 2007; Corning & Malofeeva, 2004; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough, & Heller, 2006; Perron & Bright, 2008).

Considérant les effets négatifs de l'abandon, il importe de mieux comprendre le phénomène, en particulier pour mieux prédire qui est le plus à risque d'abandonner son traitement. Dans les paragraphes qui suivent, une revue des principales conclusions des études menées pour identifier les caractéristiques des personnes qui abandonnent leur traitement chez les adolescents toxicomanes sera réalisée.

Les caractéristiques des personnes qui abandonnent le traitement

Plusieurs auteurs ont cherché à identifier les facteurs de risque d'abandon du traitement chez les populations de toxicomanes adultes, et parfois dans les populations de toxicomanes adolescents. Leurs conclusions ne convergent pas toujours quant à l'effet de différents facteurs sur l'abandon du traitement. Il est possible que la variété des traitements explique ce manque de cohérence.

Cela dit, les paragraphes suivants résument l'état des connaissances sur les caractéristiques des personnes qui abandonnent un traitement s'adressant à des toxicomanes.

Les variables sociodémographiques

Le sexe

Le sexe masculin a été identifié comme facteur de risque dans de nombreuses études réalisées auprès d'adultes et de jeunes toxicomanes (Jainchill, Bhattacharya, & Yagelka, 1995; López-Goñi et al., 2008; Maglione, Chao, & Anglin, 2000; Ravndal & Vaglum, 1991). Cependant, d'autres auteurs rapportent que les femmes adultes (Arfken, Klein, di Menza, & Schuster, 2001; King & Canada, 2004; Mammo & Weinbaum, 1993; McCaul, Svikis, & Moore, 2001) et les adolescentes (Jainchill et al., 2005) présenteraient un plus grand risque d'abandonner le traitement. Enfin, d'autres auteurs ne trouvent aucune de relation significative entre le sexe et l'abandon (Green, Polen, Dickinson, Lynch, & Bennett, 2002).

Certains auteurs constatent que certaines variables seront prédictives de l'abandon du traitement en fonction du sexe. Par exemple, les femmes mariées, vivant avec leur mari, référées par le système judiciaire, ayant moins de problèmes liés à l'emploi, sans emploi ou ayant un meilleur revenu serait plus susceptibles de rester en traitement (Green et al., 2002; Mertens & Weisner, 2000). Chez les hommes, être plus âgé, s'être fait recommander le traitement par l'employeur ou la famille, avoir un objectif d'abstinence ou encore avoir moins de symptômes psychiatriques sont associés à un plus haut taux de complétion du traitement (Green et al., 2002; Mertens & Weisner, 2000). López-Goñi et ses collaborateurs (2008) expliquent que les femmes souffriraient davantage de psychopathologies qui elles seraient liées à l'abandon du traitement. Notons que ces études portent sur les adultes et non sur les adolescents.

L'âge

Le fait d'être plus jeune amènerait un risque plus élevé d'abandon du traitement (Green et al., 2002; Mammo & Weinbaum, 1993; López-Goñi et al., 2008; Maglione et al., 2000; Mammo & Weinbaum, 1993; McKellar et al., 2006). Selon Green et ses collaborateurs (2002), cette relation s'explique du fait que, comparativement à leurs aînés, les plus jeunes ont moins expérimenté de conséquences négatives de leur consommation. Cela entraînerait une moins grande motivation à compléter le traitement. Dans ce contexte, l'importance de travailler sur la motivation des jeunes lors du traitement est soulignée (López-Goñi et al., 2008).

La consommation

Des caractéristiques liées à l'histoire de consommation sont susceptibles d'influencer l'abandon du traitement chez les adultes toxicomanes. Voici des facteurs qui augmentent le risque d'abandonner le traitement chez les adultes : consommer plus fréquemment (McKellar et al., 2006), consommer plusieurs types de substances (Maglione et al., 2000; Mertens & Weisner, 2000; Vendetti, McRee, Miller, Christiansen, Herrell, & The Marijuana Treatment Project Research Group, 2002), avoir déjà séjourné dans une communauté thérapeutique (López-Goñi et al., 2008) ou avoir participé à un programme « 12-step » (McKellar et al., 2006) et se considérer comme une personne dépendante aux drogues plutôt que comme une personne alcoolique (McKellar et al., 2006). McCaul et ses collaborateurs (2001) ne constatent quant à eux aucun lien entre des variables liées à la consommation d'alcool ou de drogues et l'abandon. En ce qui a trait aux jeunes toxicomanes, Feigelman (1987) identifie la gravité de la consommation comme un facteur de risque de l'abandon.

La référence au traitement

Les personnes référées par leur employeur auraient moins tendance à abandonner leur traitement (Mammo & Weinbaum, 1993). Les individus soumis par le système de justice à un traitement pour leur consommation abandonneraient moins que les autres (Green et al., 2002, en ce qui concerne les femmes; Mammo & Weinbaum, 1993; Perron & Bright, 2008; Siddal & Conway, 1988).

L'état psychologique

Des variables relatives à l'état psychologique de l'individu constituent d'autres facteurs de risque. Une mauvaise estime de soi (Jainchill et al., 1995) et, chez les femmes, une plus grande détresse émotionnelle (Wallen, 1992) augmenteraient les risques d'abandonner le traitement. Plus généralement, les troubles de santé mentale sont associés au risque d'abandon du traitement (Hiller, Knight, & Simpson, 1999; Ravndal & Vaglum, 1991). Le soutien social déficient est un autre facteur de risque (Siddal & Conway, 1988).

La stabilité sociale

Regroupant la résidence, les relations familiales, l'occupation et le statut légal dans une variable indiquant la stabilité sociale, Leigh, Osborne et Cleland (1984) constatent que cette stabilité sociale est reliée de façon négative à l'abandon du traitement.

Le niveau de compétence professionnelle a été relié à l'abandon du traitement. Les personnes les moins dotées de compétences seraient plus susceptibles d'abandonner leur traitement (Mammo

& Weinbaum, 1993). Par ailleurs, le fait d'avoir un emploi assuré à la sortie du traitement serait un facteur protecteur de l'abandon (Siddal & Conway, 1988).

Le fait d'habiter avec sa conjointe et ses enfants ne serait pas un facteur protecteur de l'abandon du traitement (Mammo & Weinbaum, 1993). Toutefois, le fait de vivre dans une maison où personne d'autre n'a de problème de dépendance à une substance est lié de façon négative à l'abandon du traitement (Leigh et al., 1984). Il se peut donc que l'absence de relation entre la configuration du ménage et l'abandon doive être revue en fonction de la dépendance aux substances chez les autres membres de la famille. Jainchill et ses collaborateurs (1995) précisent que de plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre le rôle de la famille dans le traitement; à notre connaissance, cette suggestion n'a pas été suivie de façon importante.

Les personnes ayant commis des actes délinquants ou criminels avant l'entrée au traitement seraient plus à risque d'abandonner (Gainey, Wells, Hawkins, & Catalano, 1993; Hiller et al., 1999).

Les variables liées au traitement

Les caractéristiques du traitement et des intervenants pourraient influencer sur la décision d'abandon. En effet, Leigh et ses collaborateurs (1984) rapportent que 30 % des personnes ayant abandonné leur traitement ont indiqué avoir quitté parce qu'ils n'appréciaient pas le traitement ou leur intervenant.

La condition post-traitement

De nombreuses études ont porté sur l'identification des caractéristiques liées à l'abandon du traitement chez les adolescents toxicomanes. Ces recherches sont d'autant plus importantes sachant qu'abandonner son traitement serait prédicteur d'une moins bonne réadaptation chez les adolescents (Hawke et al., 2000; Williams & Chang, 2000; Winters et al., 2000). Alors que les écrits scientifiques portant sur les caractéristiques liées à l'abandon du traitement se multipliaient, les chercheurs ont alors souhaité documenter les bénéfices liés au traitement. Afin d'évaluer si le traitement a été bénéfique ou non pour la personne, les auteurs réfèrent souvent à la prédiction de la condition post-traitement, en anglais *outcome prediction*. La condition post-traitement renvoie aux changements cliniques significatifs observés chez un client à la suite d'un passage en thérapie (Krampe et al., 2009, p.31).

La condition post-traitement chez les adolescents

Dans les paragraphes suivants, il sera établi que, de façon générale, la condition des adolescents toxicomanes s'améliore suite au traitement. Les études ont principalement porté sur la consommation de substances psychoactives et les actes délinquants. Quelques travaux ont aussi été réalisés à propos d'autres sphères de vie (par exemple scolaire, santé psychologique). Examinons les conclusions des travaux sur la condition post-traitement chez les adolescents.

La consommation de substances psychoactives

La majorité des études permettent de conclure que le traitement permet à une majorité de jeunes clients de diminuer leur consommation de substances psychoactives, au Québec (Brunelle et al., 2010) ou ailleurs (Brown, D'Amico, McCarthy, & Tapert, 2001; Clemmey, Payne, & Fishman, 2004; Hawke, Jainchill, & De Leon, 2000; Hser et al., 2001; Latimer, Winters, Stinchfield, & Traver, 2000; Morral, McCaffrey, & Ridgeway, 2004; Rounds-Bryant & Staab, 2001). Cependant, Jainchill, Hawke et Messina (2005) n'ont pas constaté de différences chez des adolescents entre les niveaux de consommation pré-traitement et post-traitement; ils ont même observé une augmentation de la consommation d'alcool après le traitement. Précisons que les auteurs décrivent leur échantillon provenant d'un centre de réadaptation comme regroupant des cas extrêmement sévères. Soulignons de plus que, cinq ans après leur traitement, ces jeunes consommaient peu de drogues autres que l'alcool et le cannabis, ce qui est interprété comme une certaine amélioration par les auteurs (Jainchill et al., 2005).

L'évaluation de la condition post-traitement de la consommation

L'amélioration de la condition post-traitement est généralement évaluée de deux façons : la fréquence de consommation ou l'abstinence totale. La fréquence de consommation est elle-même évaluée différemment, soit en nombre de jours ou de mois ou encore à l'aide d'échelles ordinales de la fréquence de consommation.

Ainsi, certains auteurs comparent le nombre de jours de consommation dans les mois précédents et suivant le traitement (Brown et al., 2001; Clemmey et al., 2004; Moral et al., 2004). Dans l'échantillon de Clemmey et ses collaborateurs (2004), le pourcentage de jours de consommation est passé de 82% avant le traitement à 31% un an après le traitement. Les participants de l'étude de Brown et ses collaborateurs (2001) ont réduit leurs jours de consommation d'alcool de 12,3 à 8,7 jours un an après le traitement. Il en est allé de même pour les jours de consommation de cannabis et de stimulants, passant respectivement de 19,5 à 13,6 et de 21,5 à 10,2 (Brown et al., 2001). Le nombre de mois de consommation régulière permet également de mesurer la

fréquence de consommation. Hawke et ses collaborateurs (2000) trouvent que les adolescents de leur échantillon consommaient de façon régulière pendant 7,61 mois dans l'année précédant le traitement et pendant 4,46 mois dans l'année suivant le traitement.

D'autres auteurs mesurent la fréquence de consommation « régulière » d'alcool ou de drogues selon des catégories ordinales (Chassin et al., 2009; Hser et al., 2001; Latimer et al., 2000) ou dichotomiques (Rounds-Bryant & Staab, 2001). Tous concluent que le traitement améliore la condition des adolescents.

L'abstinence est aussi utilisée comme mesure de la condition post-traitement (Anderson, Ramo, Schulte, Cummins, & Brown, 2007; Latimer et al., 2000). Ce critère de succès, surtout pour les adolescents, est critiqué par Williams et Chang (2000). Selon les chercheurs, si elle peut être adaptée aux personnes d'âge mûr dépendants depuis plusieurs années, l'abstinence complète ne serait pas un objectif de vie essentiel et réaliste chez les jeunes. Dans leur cas, la diminution de la consommation serait plus appropriée.

Ainsi, peu importe la mesure utilisée pour évaluer la consommation, il semble que le traitement permette de bonifier la condition post-traitement quant à la consommation des substances psychoactives. Une étude présente certes des résultats qui vont à l'encontre de la tendance générale, mais n'est pas généralisable à l'ensemble de la population des adolescents en traitement pour toxicomanie.

Les actes de délinquance

La relation entre la délinquance et la consommation de substances psychoactives est clairement établie (Brochu, 2006; Goldstein, 1985; van Kammen & Loeber, 1994; Young, Dembo, & Henderson, 2007). Différentes hypothèses peuvent expliquer cette relation. La consommation de substances psychoactives peut entraîner le jeune à s'engager dans des activités délinquantes (Brochu, 2006; Goldstein, 1985). Goldstein (1985) identifie trois modèles expliquant cette relation: psychopharmacologique (la consommation provoque des comportements irrationnels), économique-compulsif (des crimes de nature acquisitive sont perpétrés afin de se procurer les substances) et systémique (le milieu de la drogue est régi à la violence). D'autres auteurs proposent des modèles intégratifs : un tronc commun de facteurs de risque mène à un mode de vie déviant, intégrant entre autres délinquance et consommation de substances psychoactives (Born & Gabvray, 2002; Brochu, 2006).

Le traitement de la toxicomanie semble diminuer la délinquance (Brunelle et al., 2010; Farabee, Shen, Hser, Grella, & Anglin, 2001; Hawke et al., 2000; Hser et al., 2001; Rounds-Bryant & Staab, 2001; Vanderplasschen et al., 2013). La diminution des actes de délinquance chez de jeunes consommateurs suite à un traitement en résidence a été observée (Hawke et al., 2000; Jainchill et al., 2005; Rounds-Bryant & Staab, 2001). Plus précisément, Farabee et ses collaborateurs (2001) ont trouvé que chez les jeunes criminalisés, le traitement pour un problème de toxicomanie était lié à la diminution de crimes liés à la consommation de drogues (68% à 27%), de crimes contre la propriété (36% à 12%) et de crimes violents (25% à 10%). De plus, les jeunes en traitement résidentiels verraient leur implication délinquante diminuer de 1,5 fois plus que ceux suivant des traitements en externe (Rounds-Bryant & Staab, 2001).

D'autres sphères de vie influencées par le traitement

Chez les adolescents, le traitement influencerait d'autres sphères de vie que la consommation et les actes de délinquance. Ainsi, Hser et ses collaborateurs (2001) rapportent, sur le plan scolaire, une augmentation de la présence et une amélioration de la performance. Sur le plan psychologique, les chercheurs ont constaté une réduction des pensées suicidaires et de l'hostilité, ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi (Hser et al., 2001). Une étude rapporte qu'après leur traitement pour un problème de toxicomanie, les adolescents québécois entretiennent des relations moins agressives et plus respectueuses avec leurs parents (Gauthier, Bertrand, & Nolin, 2010). Notons que peu d'études portant sur la condition post-traitement des adolescents ont évalué les effets de traitement pour la toxicomanie sur les sphères de vie autres que la consommation et l'implication délinquante.

Les variables permettant de prédire la condition post-traitement

Devant les constats positifs sur les effets des traitements en toxicomanie, plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les variables influençant la condition post-traitement. Plusieurs études ont été réalisées à ce sujet auprès de populations adultes (voir entre autres Leshner, 1997). Cependant, leurs conclusions ne conviennent pas nécessairement aux adolescents dont le contexte sociodéveloppemental est différent. Depuis la mise sur pied du programme américain *Drug Abuse Treatment Outcome Studies for Adolescents* dans les années 1990, de plus en plus d'études sur les variables permettant de prédire la condition post-traitement ont été conduites auprès des populations adolescentes. Parmi les prédicteurs étudiés, notons les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs liés à l'histoire de consommation, les facteurs relatifs à la santé, les facteurs liés à l'école et à l'emploi, les facteurs liés à la famille et aux pairs, les actes de

délinquance, la persévérance dans le traitement ainsi que son abandon. Dans les paragraphes suivants, ces différents prédicteurs seront examinés.

Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge

Selon certaines études, l'âge ne permet pas de prédire la condition post-traitement des adolescents (Farabee et al., 2001; Friedman, Terras, & Kreisher, 1995; Williams & Chang, 2000; Winters et al., 2000). D'autres études, au contraire, ont établi un lien négatif entre l'âge des adolescents et les conditions post-traitement. Friedman, Terras et Ali (1998) rapportent que les plus jeunes ont de meilleures chances de voir leur consommation diminuer après leur traitement résidentiel. De plus, suite au traitement, les adolescents plus jeunes connaîtraient des rechutes moins importantes que leurs aînés (Anderson et al., 2007).

Le sexe

Le sexe de l'adolescent ne permettrait pas de prédire la condition post-traitement selon certains auteurs (Anderson et al., 2007; Clemmey et al., 2004; Friedman et al., 1995; Winters et al., 2000). D'autres soutiennent que les filles ont de meilleures conditions post-traitement que les garçons, ces derniers consommant davantage d'alcool (Jainchill et al., 2005; Latimer et al., 2000) et de cannabis (Jainchill et al., 2005) que les filles après traitement. Sur le plan de la délinquance, les filles seraient moins impliquées que les garçons après leur traitement et cela pour trois raisons (Jainchill et al., 2005). En traitement résidentiel, elles sont retirées de l'influence négative des garçons, elles arrêtent leur consommation de substances et elles améliorent leurs relations familiales.

Les facteurs liés à l'histoire de consommation

Des facteurs liés à l'histoire de consommation chez la personne permettraient de prédire sa condition post-traitement. Ces facteurs se rapportent d'une part à la consommation et d'autre part aux croyances et convictions liées à la consommation. Avoir une fréquence de consommation plus élevée (McKellar, Harris, & Moos, 2006), consommer davantage d'alcool (Williams & Chang, 2000) ainsi qu'être dépendant à l'alcool (McKellar et al., 2006) constituent des facteurs pré-traitement aggravants. Le type de drogues pourrait aussi influencer la condition post-traitement. Ainsi, après un traitement résidentiel, les jeunes héroïnomanes n'ont pas autant diminué leur nombre de jours de consommation que les jeunes consommant d'autres types de substances (Clemmey et al., 2004). Notons cependant qu'aucune différence significative n'a été observée entre les conditions post-traitement des consommateurs d'amphétamines et celles des

consommateurs d'autres types de substances (Hawke et al., 2000). Enfin, avoir eu antérieurement un traitement serait un facteur aggravant (Williams & Chang, 2000).

D'autres facteurs touchent aux croyances et convictions entourant la consommation. Croire que l'alcool et les drogues aident à dormir (McKellar et al., 2006) et entretenir des croyances négatives quant à l'arrêt de la consommation (McKellar et al., 2006) seraient des facteurs aggravants. À l'inverse, avoir identifié la consommation comme problématique (Friedman et al., 1998) prédirait une meilleure condition post-traitement. Selon Friedman et ses collaborateurs (1998), cela pourrait s'expliquer par leur motivation à réussir le traitement.

Les variables relatives à la santé mentale

Le rétablissement serait moins bon chez les jeunes dont la santé mentale est atteinte avant le début du traitement (Anderson et al., 2007; Shane, Jasiukaitis, & Green, 2003; Williams & Chang, 2000). Les jeunes qui ont plus d'un problème de santé mentale et qui consomment des drogues autres que l'alcool ou le cannabis auraient aussi de moins bons pronostics (Shane et al., 2003). Selon les observations d'intervenants, les adolescents présentant de la confusion, de l'incohérence ou de la désorientation connaîtraient une moins bonne évolution suite à leur traitement (Friedman et al., 1998). Selon les auteurs, la confusion empêcherait les clients de profiter pleinement de leur traitement. Par contre, la dépression, telle que perçue par les intervenants, serait un prédicteur d'une bonne condition post-traitement (Friedman et al., 1998).

Les variables liées à l'école et à l'emploi

Une meilleure condition post-traitement a été associée à un faible taux d'absentéisme scolaire (Williams & Chang, 2000), une scolarité plus élevée (Friedman et al., 1998), au fait de ne pas avoir abandonné l'école (Friedman et al., 1998) ou de ne pas en avoir été expulsé (Friedman et al., 1998). Occuper un emploi prédit aussi une meilleure réadaptation (Williams & Chang, 2000).

Les variables liées à la famille et les pairs

Plus l'adolescent décrit de façon positive sa famille, plus il est susceptible d'améliorer sa condition post-traitement (Friedman et al., 1995). Par ailleurs, chez les adolescents en traitement résidentiel, avoir eu des relations difficiles avec ses pairs serait annonciateur des plus mauvaises conditions post-traitement selon Friedman et ses collaborateurs (1998). Aussi, avoir un réseau social qui encourage l'abstinence serait prédicteur de meilleures conditions post-traitement (Anderson et al., 2007; Winters, Lee, Stinchfield, & Latimer, 2008).

Les actes de délinquance

Des chercheurs se sont intéressés aux différences dans la condition post-traitement d'adolescents criminalisés comparativement à des jeunes non criminalisés. Les jeunes criminalisés consommateurs d'alcool et de marijuana voient après leur traitement une réduction de la probabilité de commettre un crime dans la période de suivi (Farabee et al., 2001). Chez les jeunes non officiellement criminalisés, le traitement ne semble pas associé à une diminution de leur criminalité autorévélee dans la période de suivi. Il est toutefois possible que les jeunes non officiellement criminalisés omettent de révéler aux chercheurs leurs activités criminelles pour ne pas avoir affaire à la police. Notons que, de façon plus générale, les problèmes de conduite (Latimer et al., 2000; Williams & Chang, 2000), de violence ou d'hostilité (Friedman et al., 1998) avant le traitement seraient annonciateurs d'une moins bonne condition post-traitement.

La persévérance dans le traitement

Que le résident abandonne ou complète son traitement, le fait de persévérer plus longtemps dans le traitement serait gage d'une meilleure condition post-traitement (Chassin et al., 2009; De Leon, 1999; Latimer et al., 2000; Vanderplasschen et al., 2013; Williams & Chang, 2000). D'ailleurs, selon Winters et ses collaborateurs (2000), quelques jours en traitement sont préférables à l'absence totale de traitement. Chassin et ses collègues (2009) ne partagent pas cet avis. Selon eux, la durée du traitement doit être suffisante, soit au moins trois mois, pour observer une diminution significative de la consommation de cannabis. L'effet de la durée du traitement sur la condition post-traitement pourrait en fait dépendre du type de substance consommée (Latimer et al., 2000).

L'abandon du traitement

Le fait d'abandonner le traitement en cours de route prédirait une moins bonne réadaptation chez le jeune (Hawke et al., 2000; Williams & Chang, 2000; Winters et al., 2000). Ceux qui complètent connaîtraient une réduction plus importante de leur consommation de drogues, tout particulièrement pour le cannabis (Winters et al., 2000). Williams et Chang (2000) vont même jusqu'à affirmer que le fait de ne pas abandonner le traitement est le facteur présentant la relation la plus solide avec une bonne condition post-traitement. Notons que McKellar et ses collaborateurs (2006) ont comparé la condition post-traitement générale de personnes ayant abandonné versus complété leur traitement. Aucune différence significative n'est observée dans leurs analyses. Toutefois, leur indicateur de condition post-traitement est un score global au *Problems From Substance Abuse Scale* (Ouimette, Finney, & Moos, 1997) qui regroupe différentes

sphères de vie en un seul score (ex : la santé, la sphère judiciaire, les occupations, les relations interpersonnelles, etc.).

En résumé, la condition des jeunes ayant des problèmes de toxicomanie s'avère généralement améliorée par le traitement, tant pour la consommation de substances psychoactives que pour les implications délinquantes. Différents facteurs permettant de prédire la condition post-traitement ont été identifiés, cependant les auteurs ne s'entendent pas systématiquement sur l'influence de ces facteurs.

Problématique

Plusieurs études ont permis d'identifier des variables influençant la condition post-traitement chez des adolescents toxicomanes soumis à une intervention thérapeutique. Cependant, ces études comportent diverses limites. Comme la recension des écrits en témoigne, les chercheurs se sont surtout intéressés à la consommation de substances psychoactives et à la délinquance, négligeant d'autres sphères de vie importantes, comme la santé psychologique et la vie scolaire. Une autre limite concerne le nombre réduit d'études sur la condition post-traitement en communauté thérapeutique. Or, les communautés thérapeutiques offrent une intervention intensive à une clientèle dont les problèmes sont généralement importants. D'une part, comme le soulignent Jainchill et ses collaborateurs (1995), on connaît mal les relations entre différents facteurs de risque et l'abandon des toxicomanes adolescents, spécifiquement en communauté thérapeutique. D'autre part, les caractéristiques du rétablissement de cette clientèle pourraient être particulières. Ajoutons à ces limites deux problèmes méthodologiques soulevés par Williams et Chang (2000). Dans les études sur la condition post-traitement, ces auteurs dénoncent la taille généralement réduite des échantillons et soulignent le problème de rétention dans les études des jeunes ayant abandonné leur traitement. Soulignons enfin que la majorité des écrits scientifiques sur les facteurs de risque d'abandon remontent aux années 90. Dans ce mémoire, certaines de ces limites seront repoussées.

Suite à notre revue des écrits scientifiques, il semble que les jeunes toxicomanes qui complètent leur traitement connaissent une meilleure condition post-traitement que les jeunes qui l'abandonnent (Hawke et al., 2000; Williams & Chang, 2000; Winters et al., 2000). Il importe donc de mieux cerner les facteurs influençant l'abandon pour agir en amont des programmes, améliorer les taux de complétion et, par conséquent, la condition post-traitement des jeunes.

L'objet de ce mémoire porte sur le traitement chez les adolescents admis à la communauté thérapeutique Portage, sous l'angle de l'abandon du traitement et de la condition post-traitement. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

1. Examiner la prédiction de l'abandon du traitement à partir des caractéristiques initiales du jeune;
2. Déterminer les caractéristiques initiales des jeunes qui prédisent leur condition post-traitement à court et moyen terme.

Pour ce faire, une méthodologie quantitative sur quatre temps de mesure vise l'identification des variables influentes.

Méthodologie

Procédure

Des intervenants qualifiés ont proposé aux 325 adolescents admis à la communauté thérapeutique Portage entre le 1er janvier 2003 et le 1er mars 2008 et ayant résidé au moins 15 jours à la communauté Portage du Lac Écho de participer à la recherche. Le taux de participation a été de 97,8 %. Les volontaires (n = 318) ont signé un formulaire de consentement de façon libre et éclairée et ont reçu une compensation financière de 15 \$ à chaque temps de mesure. Le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) a délivré un certificat assurant de la conformité éthique du projet. Quatre temps de mesure ont été réalisés. Le premier (T0) a eu lieu dans les neuf jours suivant l'entrée dans le traitement. L'assistant de recherche a rencontré le résident et lui a demandé de se référer, selon les questions, à toute sa vie ou aux 30 jours précédant l'entrée en traitement. La version complète du questionnaire *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (IGT-Ado) (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) a alors été remplie. Les collectes subséquentes ont eu lieu 6 mois (T1), 12 mois (T2) et 18 mois (T3) après la fin du traitement résidentiel et se sont déroulées par téléphone. L'assistant de recherche demandait au participant de se référer alors aux trente jours précédant la passation du questionnaire. Pour les temps de suivi, la version abrégée du questionnaire IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) a été utilisée.

Participants

L'échantillon de la présente étude repose donc sur 318 adolescents (n = 193) et adolescentes (n = 125). Parmi ceux-là, 41,2% ont complété le programme de traitement (n = 131), 33,3% l'ont abandonné en cours de route (n = 106), 22,3% (n = 71) ont été expulsés et 3,1% (n = 10) sont partis pour diverses raisons (telles que des maladies). Aux fins de ce mémoire, les participants des deux derniers groupes ont été éliminés, résultant en un échantillon de 237 sujets. En effet, les personnes expulsées n'ont pas choisi de quitter le programme, tandis que les départs divers étaient trop peu nombreux pour être reclassés en groupes distincts. De plus, seuls les participants ayant répondu aux quatre temps de mesure ont été conservés, éliminant ainsi deux cas supplémentaires, pour un échantillon de 235 sujets.

Un nombre important de données manquantes a donné lieu à certaines complications. En effet, certains participants n'ont pas répondu à un ou plusieurs items. Lorsque la réponse à un item composant un score est manquante, le score entier est manquant. Parmi les 235 sujets retenus, l'élimination de ceux présentant des valeurs manquantes (n = 108) aurait considérablement amoindri la puissance statistique. Après l'examen des items présentant des valeurs manquantes, la moyenne aux items a été attribuée à ces participants lorsqu'il s'agissait d'échelles et de retirer les cas lorsque l'item était dichotomique rendant ainsi impossible l'attribution d'une moyenne. De la sorte, 20 participants ont été éliminés, 224 réponses ont été remplacées par la moyenne et 6 ont été corrigées en suivant la logique d'autres réponses (pour les détails du remplacement des valeurs manquantes, voir les annexes I et II). Les limites concernant le traitement des valeurs manquantes sont étudiées dans la discussion. De l'échantillon initial de 318 participants, 215 ont été conservés : 98 ayant abandonné le programme et 117 l'ayant complété, tous ayant répondu aux quatre temps de mesure.

Dans l'échantillon final, 60,0% sont des garçons, la moyenne d'âge est de 16,2 ans (minimum : 13; maximum : 18 ; écart-type : 1,1) et le nombre moyen de jours passés en traitement à l'interne est de 156 (minimum : 15; maximum : 433 ; écart-type : 91). Précisons que 11,6% des participants ont séjourné en communauté thérapeutique auparavant. Par ailleurs, plusieurs jeunes ont connu des difficultés socio-judiciaires. En effet, 54,0% ont été l'objet d'un signalement en vertu de la LPJ ou ont fait une demande d'aide au réseau social (en vertu de la LPJ ou LSSSS). Parmi les participants, 34,0% ont déjà été placés en protection suite à une demande d'aide ou à un signalement. Enfin, 20,5% des participants ont reçu une ordonnance ou une mesure de rechange en vertu de la LJC ou une mesure extrajudiciaire en vertu de la LSJPA.

Outil

L'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 1999, 2003) est une adaptation québécoise pour adolescents de l'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980), un instrument américain qui présente de bonnes qualités psychométriques (McLellan et al., 1980). L'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 1999, 2003) permet d'obtenir un portrait de la vie de l'adolescent. Le questionnaire est composé de questions regroupées en huit sections en fonction des sphères de vie suivantes: la consommation d'alcool, la consommation de drogues, la santé physique, l'occupation (école, travail, loisirs), l'état psychologique, les relations

interpersonnelles, les relations familiales et le profil socio-judiciaire. Pour chacune de ces sphères, des scores composés sont élaborés à partir de certaines questions. Ces scores permettent de cerner l'importance de la problématique dont il est question chez l'adolescent. Un score composé élevé est annonciateur d'une problématique plus importante. L'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 1999, 2003) a été validé et démontre de bonnes validité et fidélité (voir Landry, Bergeron, Provost, Germain, & Guyon, 2000 pour le rapport d'évaluation détaillé). Un intervenant dûment formé à l'utilisation clinique du questionnaire remplit ce dernier selon les réponses du jeune.

L'annexe I présente les questions utilisées pour constituer chacun des scores composés. À titre d'exemple, les résultats aux questions suivantes servent à composer le score de problématiques liées à l'alcool : « Dans les 30 derniers jours, combien de jours as-tu consommé de l'alcool? » (échelle variant de 0 à 30); « Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours as-tu éprouvé des difficultés par rapport à ta consommation d'alcool? » (échelle variant de 0 à 30); « Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été perturbé(e) ou préoccupé(e) par ta consommation d'alcool? » (échelle variant de 0 à 4); « Dans quelle mesure te semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide pour ta consommation d'alcool » (échelle variant de 0 à 4). Pour ces deux derniers items, aucune étiquette n'est proposée au répondant pour les points 1 à 4 de l'échelle de réponse.

Mesures

La présente recherche se base sur une méthode quasi-expérimentale sans groupe contrôle. Ainsi, des mesures avant-après sont relevées, permettant une meilleure appréciation des changements observés chez les jeunes grâce au traitement.

Variables dépendantes

Objectif 1

Pour atteindre le premier objectif, soit examiner la prédiction de l'abandon du traitement à partir des caractéristiques initiales du jeune, la variable dépendante est l'abandon du traitement. L'abandon est mesuré de façon dichotomique (0 = non abandon, 1 = abandon).

Certains auteurs indiquent que les variables prévisionnelles de l'abandon du traitement varient en fonction du sexe de la personne (Green et al., 2002; López-Goñi et al., 2008; Mertens &

Weisner, 2000). Pour cette raison, des analyses distinctes sont donc réalisées pour les garçons et pour les filles.

Objectif 2

Pour atteindre le second objectif, soit identifier quelles variables permettent de prédire la condition post-traitement des résidents suite à leur passage en communauté thérapeutique, les caractéristiques initiales des jeunes sont utilisées comme variables permettant de prédire la condition post-traitement à court et moyen terme. Les huit scores composés au temps 0 représentent ainsi les caractéristiques initiales alors que les huit scores composés aux temps subséquents permettront d'évaluer la condition post-traitement. Alors que les scores au temps 0 sont contrôlés, chacune des variables indépendantes et chacun des scores composés de l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) au temps 1, 2 et 3 sont mis en relation.

Dans la première série d'analyses, l'abandon du traitement sera traité comme une variable indépendante. Dans la deuxième série, les analyses seront réalisées d'une part pour les jeunes ayant complété le traitement et d'autre part pour ceux l'ayant abandonné. Cette façon de faire permettra de vérifier si le statut d'abandon vient modérer les relations entre les variables indépendantes et dépendantes.

Variables indépendantes

Objectif 1

Les variables indépendantes ont été sélectionnées en fonction de leur disponibilité dans l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999). Ainsi, les variables suivantes ont été utilisées : le sexe (0 = femme, 1 = homme), l'âge (variant de 13 à 18 ans), le fait d'avoir été l'objet d'une ordonnance ou d'une mesure de rechange en vertu de la LJC ou d'une mesure extrajudiciaire en vertu de la LSJPA (0 = non, 1 = oui) et le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique (0 = non, 1 = oui). Les scores relatifs aux sections de l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) seront également utilisés comme variables indépendantes. À l'annexe III, on retrouve un tableau présentant les analyses univariées pour chacun des scores au temps 0. Les valeurs des huit scores varient entre 0 et 1. Les moyennes de ceux-ci varient entre 0,177 et 0,502, les médianes entre 0,067 et 0,500 et les modes entre 0,000 et 0,515. Les écarts types se situent quant à eux entre 0,101 et 0,312.

En résumé, l'abandon du traitement sera mis en relation avec le sexe, l'âge, le fait d'avoir été l'objet d'une ordonnance ou d'une mesure de rechange en vertu de la LJC ou d'une mesure extrajudiciaire en vertu de la LSJPA, le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique, les scores d'alcool, de drogues, de santé physique, d'occupation, d'état psychologique, de relations interpersonnelles, de relations familiales et socio-judiciaire. Comme précisé plus haut, deux séries distinctes d'analyse sont réalisées afin de vérifier quelles sont les variables qui prédisent l'abandon chez les garçons et chez les filles.

Objectif 2

Le deuxième objectif est de déterminer les caractéristiques initiales des jeunes qui prédisent leur condition post-traitement à court et moyen terme. Ainsi, deux catégories de variables indépendantes seront utilisées : les variables prévisionnelles ainsi que la variable contrôle. Les variables prévisionnelles sont le sexe, le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique, le fait d'avoir reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA, l'âge, ainsi que les huit scores composés de l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999), soient les scores d'alcool, de drogues, de santé physique, d'occupation, d'état psychologique, de relations interpersonnelles, de relations familiales et socio-judiciaire. La variable contrôle correspondant au score composé utilisé comme variable dépendante (temps 1, 2 et 3), mais au temps 0. Ainsi, si le test statistique porte sur les variables prédisant le score d'alcool au temps 1, le score d'alcool au temps 0 sera la variable contrôle. Cette façon de faire permet de contrôler l'état initial de l'individu afin d'observer l'influence possible des autres variables prévisionnelles uniquement dans la mesure où des variations initiales peuvent être observées.

Analyses statistiques

Afin d'atteindre le premier objectif, des analyses bivariées (test du chi-carré, test de moyenne paramétrique et test de moyenne non paramétrique U de Mann-Whitney) permettront tout d'abord de vérifier la présence ou l'absence de relations entre les variables dépendantes et indépendantes. À partir des relations significatives en analyses bivariées, des analyses de régression logistique permettront d'identifier les variables associées à la probabilité d'avoir abandonné le traitement. L'analyse de régression logistique permet d'établir si des variables indépendantes permettent de prédire une variable dépendante. Le seuil de signification retenu pour les analyses bivariées est de 0,10, critère suggéré par Hosmer et Lemeshow (1989) lorsqu'il est question de sélectionner des variables qui seront par la suite considérées dans une équation de régression. Ce critère permet à la fois de sélectionner des variables d'une façon plus libérale,

mais aussi de conserver des variables qui sont susceptibles de devenir significatives lorsque leur effet multivarié est vérifié. L'élargissement du critère habituel de 0,05 (Fisher, 1925; Stigler, 2008) est aussi justifié par Labovitz (1968) par le fait que les études ayant un nombre de participants restreints ont avantage à utiliser les critères de signification de $p < 0,10$ et $p < 0,05$. En effet, plus l'échantillon est petit, plus l'erreur standard est grande (Labovitz, 1968) et moins la puissance statistique est d'envergure.

Pour atteindre le second objectif, des corrélations partielles seront tout d'abord réalisées. La corrélation partielle permet de tester la relation entre une variable dépendante et les prédicteurs sélectionnés, tout en tenant compte de l'influence d'une troisième variable dite contrôle. Dans nos analyses, 12 prédicteurs sont utilisés : le sexe, le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique, le fait d'avoir reçu une ordonnance de traitement, l'âge de résident et les huit scores à l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999). La variable dépendante correspond à un des huit scores aux trois temps de suivi et la variable contrôle à ce score au temps 0 (soit avant l'entrée au traitement). La variable contrôle permettra d'évaluer uniquement l'influence des autres prédicteurs sur la condition post-traitement. Par exemple, si le score évalué est le score d'alcool au temps 1, les sept autres scores ainsi que les quatre variables socio-démographiques sont utilisés comme prédicteurs, tandis que le score d'alcool au temps 0 est utilisé comme variable contrôle. Pour les corrélations partielles pour la condition post-traitement aux temps 2 et 3, ce sont également les scores du temps 0 qui sont utilisés comme variables indépendantes et contrôle.

Les variables pour lesquelles les corrélations partielles atteindront le seuil de signification où $p < 0,10$ seront retenues dans des analyses de régression multiple afin de vérifier si certaines priment ou sont plus déterminantes dans la prédiction de la condition post-traitement. Tout comme pour les analyses bivariées du premier objectif, le seuil de signification retenu pour les corrélations partielles est de 0,10 (Hosmer & Lemeshow, 1989) afin de déterminer quelles variables sont à retenir pour les équations de régression.

Résultats

Dans ce chapitre, les résultats des analyses réalisées pour atteindre les deux objectifs du mémoire seront décrits. Pour le premier objectif, des analyses bivariées ainsi que des régressions logistiques sont effectuées. Des analyses de corrélations partielles ainsi que des régressions linéaires multiples permettent de mener à bien le second objectif.

Objectif 1

Le premier objectif de ce mémoire est d'examiner la prédiction de l'abandon du traitement à partir des caractéristiques initiales du jeune.

Analyses bivariées

Les analyses bivariées permettront de tester la relation entre l'abandon et différentes variables. Deux modèles seront testés. Le premier vise à comparer les jeunes ayant complété leur traitement à ceux l'ayant abandonné. Le deuxième modèle vise à comparer ces deux groupes en rajoutant un autre niveau de comparaison : le sexe. Ainsi, les filles seront comparées selon qu'elles aient complété ou abandonné leur traitement; il en ira de même pour les garçons.

Postulats de distribution, d'homogénéité de la variance et de type de variables

Étant donné la nature des variables, différents tests ont été utilisés. Deux grandes catégories de tests statistiques existent : les tests paramétriques et non paramétriques. Les tests paramétriques sont utilisés lorsque les variables indépendantes respectent les postulats d'utilisation. Les tests de moyenne paramétriques ont comme postulats la distribution normale des variables, l'homogénéité de la variance ainsi que le type de variable continue ou intervalle.

La distribution d'une variable renvoie à la façon dont les cas sont répartis sur l'étendue de la variable. Une distribution dite normale prend la forme d'une cloche, c'est-à-dire que les cas se répandent de façon progressive jusqu'à la moyenne puis régressive jusqu'au dernier cas. Selon le deuxième postulat, l'homogénéité de la variance, la variance des différents groupes doit être comparable. Finalement, les types de variables concernent la distribution de leurs indicateurs, qui peut être dichotomique, ordinale, continue ou par intervalle.

Dans ce mémoire, seule la variable « âge » répond aux trois postulats. En effet, l'étude du diagramme de dispersion permet de constater une distribution normale de la variable. Ensuite, le

test de Levene permettant de relever un bris d'homogénéité de la variance ne s'est pas révélé significatif ($p = 0,057$, $p = 0,812$). Finalement, la variable âge est une variable continue. Les autres variables utilisées sont dichotomiques (sexe, avoir reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA, avoir été l'objet d'un signalement en vertu de la LPJ ou fait une demande au réseau social en vertu de la LPJ ou LSSSS) ou présentent une distribution anormale (les huit scores du questionnaire). Il est à noter que différentes transformations (logarithme en base 10, logarithme naturel et racine carrée) ont été effectuées sur les scores du questionnaire, mais qu'aucune n'améliorait considérablement la normalité de la distribution. Les variables originales ont donc été conservées. En conséquence, les tests de moyenne pour la variable « âge » seront paramétriques (test-t), tandis que des tests non-paramétriques (*U* de Mann Whitney) seront utilisés pour les huit scores de l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999).

Modèle 1 : Abandon ou complétion du traitement

Les résultats des tests du khi carré utilisés pour mettre en relation les variables indépendantes dichotomiques et la variable dépendante d'abandon sont présentés au tableau 1 de l'annexe IV. Les analyses révèlent que deux variables sont significativement liées à l'abandon du traitement. Chez les clients qui abandonnent, moins nombreux (34,1 %) sont ceux qui ont déjà reçu une ordonnance légale au cours de leur vie que ceux (48,4 %) qui n'en ont jamais reçue ($\chi^2 = 2,945$, $p < 0,10$). Cependant, la force de la relation est faible (Phi = -0,117) (Cohen, 1988). De plus, les jeunes ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique sont significativement moins susceptibles d'avoir abandonné leur traitement que ceux n'y ayant jamais séjourné (20,0 % comparativement à 48,9 %; Khi carré = 7,463, $p < 0,01$). La force de cette relation est toutefois de faible intensité (Phi = -0,186) (Cohen, 1988).

Les résultats du test de moyenne paramétrique mettant en relation l'âge avec la variable d'abandon sont présentés au tableau 2 de l'annexe IV. L'âge n'est pas significativement lié à l'abandon du traitement puisque les moyennes sont très semblables.

Les tests de moyenne non paramétrique (*U* de Mann-Whitney) sont présentés au tableau 3 de l'annexe IV. Ces tests mettent en relation les scores de l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) avec l'abandon du traitement. Seul le score de relations interpersonnelles est significativement lié à l'abandon du traitement. Les jeunes qui abandonnent leur traitement obtiennent des scores de relations interpersonnelles significativement plus élevés, donc plus

problématiques, que les jeunes qui complètent leur traitement (respectivement 0,414 et 0,328; $Z = -1,759$; $p < 0,10$).

Bref, le premier modèle comparant les jeunes ayant complété ou abandonné leur traitement permet d'identifier trois relations significatives. Une proportion d'abandon moindre est constaté chez les jeunes ayant déjà reçu une ordonnance légale ou ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique. Aussi, les jeunes abandonnant leur traitement ont un score de relations interpersonnelles plus élevé que ceux qui complètent, donc davantage de problèmes quant à leurs relations interpersonnelles. Afin d'approfondir nos analyses, une distinction telle que suggérée par certains auteurs a été créée entre les filles et les garçons dans le deuxième modèle.

Modèle 2 : Distinction en fonction du sexe

Un modèle distinguant les résultats en fonction du sexe permet de tenir compte des différences entre filles et garçons. Comme pour le premier modèle, des tests de khi carré, un test-t et des tests U de Mann Whitney ont été réalisés.

Le tableau 1 de l'annexe V présente les résultats des tests de khi carré, pour les filles dans la première section puis et pour les garçons dans la deuxième. Chez les filles, le fait d'avoir séjourné en communauté thérapeutique est lié à un pourcentage moins élevé d'abandon du traitement (49,3 % comparativement à 23,1 %; Khi carré = 3,065, $p = 0,072$). Chez les garçons, deux variables sont significativement liées à l'abandon. Les garçons ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique sont moins susceptibles d'abandonner leur traitement, la différence entre les points de pourcentage étant de plus de 30 % (16,7 % comparativement à 48,7 %; Khi carré = 4,505, $p = 0,031$). Cependant, la force de cette relation est faible selon Cohen (1988) ($\Phi = -0,187$). De plus, les garçons ayant reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA ont moins tendance à abandonner que ceux n'en n'ayant pas reçue (32,4 % comparativement à 50,5 %; Khi carré = 3,332, $p = 0,051$). Encore ici, la force de cette relation est faible ($\Phi = -0,161$) (Cohen, 1988).

Comme le montrent les résultats des tests-t présentés au tableau 2 de l'annexe V, la variable âge n'est pas significativement liée à l'abandon du traitement, quel que soit le sexe du résident. Tableau 1

Les résultats des tests U de Mann-Whitney sont rapportés dans le tableau 3 de l'annexe V. Chez les filles, seul le score de relations interpersonnelles est significativement lié à l'abandon du traitement. Ainsi, les résidentes qui éprouvent plus de difficultés liées au score de relations

interpersonnelles abandonnent davantage leur traitement (0,400 comparativement à 0,500; $Z = -2,483, p < 0,05$). Chez les garçons, aucun score n'est significativement lié à l'abandon.

Bref, les variables significativement liées à l'abandon du traitement diffèrent quelque peu selon le sexe. En effet, une proportion d'abandon moindre est observée chez les filles qui ont déjà séjourné communauté thérapeutique. Toujours pour les résidentes, le score de relations interpersonnelles est plus élevé, donc plus problématique, chez celles qui abandonnent leur traitement. Chez les garçons, une proportion d'abandon moindre est observée chez ceux ayant déjà eu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA ainsi qu'à ceux qui n'en sont pas à leur premier séjour antérieur en communauté thérapeutique.

Analyses multivariées

Après avoir testé la multicollinéarité des variables sélectionnées suite aux premières analyses, différentes analyses de régression logistique ont été réalisées. Les variables utilisées pour ces analyses sont celles pour lesquelles une relation significative avec l'abandon du traitement a été détectée lors des analyses bivariées. Les résultats sont présentés dans les tableaux qui suivent.

Modèle 1 : distinction en fonction de l'abandon ou de la complétion du traitement

Le tableau 1 présente les résultats de l'analyse de régression logistique pour ce premier modèle. Tout d'abord, il apparaît que le modèle atteint le seuil de signification de 0,05 ($\chi^2 = 25,611, p < 0,05$) et que deux relations du modèle sont significatives : le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique (R.C. = 0,210, $p < 0,01$) et le score de relations interpersonnelles (R.C. = 3,584, $p < 0,05$). Ainsi, le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique diminue de 4,762 fois ($1/0,210$) les chances d'abandonner le traitement. Aussi, les résidents ayant un score de relations personnelles plus élevé, donc plus problématique, abandonnent davantage le traitement. Ainsi, l'augmentation d'un dixième d'unité au score de relations interpersonnelles augmente de 0,358 les chances d'abandonner le traitement¹. La variable désignant l'obtention d'une ordonnance LSJPA n'atteint plus le seuil de signification de $p = 0,05$ dans la prédiction de l'abandon du traitement lorsque considérée avec les autres variables dans l'équation.

¹ Plus précisément, l'augmentation d'une unité sur le score de relations interpersonnelles augmente de 3,584 fois les chances d'abandonner le traitement. Comme le score de relations interpersonnelles varie de 0 à 1, le concept d'augmentation d'une unité peut induire le lecteur en erreur. En divisant l'échelle du score par 10 ainsi que le rapport de cote par 10, l'interprétation du rapport est plus compréhensible.

Tableau 1. Résultats des régressions logistiques des variables prévisionnelles de l'abandon du traitement (n = 215)

Variabes prévisionnelles	B	Erreur standard	Wald	ddl	Sig.	Rapport de cote
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	-0,644	0,365	3,110	1	0,078	0,525
A déjà séjourné en communauté thérapeutique auparavant	-1,561	0,536	8,476	1	0,004	0,210
Score relations interpersonnelles	1,276	0,509	6,277	1	0,012	3,584

Note. -2log-vraisemblance = 278,988; khi carré = 17,384; R² de Nagelkerke = 0,104; p = 0,001

Modèle 2 : distinction en fonction du sexe

Afin d'étudier l'influence du sexe sur le lien entre l'abandon du traitement et les autres variables, des analyses multivariées ont été réalisées avec les variables identifiées qui atteignaient le seuil de signification lors des analyses bivariées. Les résultats de la régression logistique pour les filles sont présentés au tableau 2 Le modèle permettant de prédire l'abandon du traitement chez les filles atteint le seuil de signification de 0,01 ($\chi^2 = 12,496, p < 0,01$). Les filles ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ont 4,484 fois (1/0,223) moins de chances d'abandonner leur traitement que celles pour qui c'est la première expérience (R.C. = 0,223, $p < 0,05$). De plus, l'augmentation d'un dixième d'unité au score de relations interpersonnelles augmente, chez les filles, les chances d'abandonner le traitement de 1,404 fois (R.C. = 14,036, $p < 0,01$).

Tableau 2. Résultats des régressions logistiques des variables prévisionnelles de l'abandon du traitement chez les filles (n = 86)

Variabes prévisionnelles	B	Erreur standard	Wald	ddl	Sig.	Rapport de cote
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	-1,502	0,743	4,086	1	0,043	0,223
Score relations interpersonnelles	2,642	0,930	8,071	1	0,004	14,036

Note. -2log-vraisemblance = 105,980; khi carré = 12,496; R² de Nagelkerke = 0,181; p = 0,002

Chez les garçons, le modèle atteint également le seuil de signification ($\chi^2 = 7,295, p < 0,026$) (tableau 3). Cependant, aucune des deux variables prévisionnelles trouvées liées à l'abandon du traitement lors des analyses bivariées n'atteint le seuil de signification lors de la régression logistique.

Tableau 3. Résultats des régressions logistiques des variables prévisionnelles de l'abandon du traitement chez les garçons (n = 129)

Variables prévisionnelles	B	Erreur standard	Wald	ddl	Sig.	Rapport de cote
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	-0,647	0,430	2,272	1	0,132	0,523
A déjà séjourné en communauté thérapeutique auparavant	-1,421	0,805	3,114	1	0,078	0,241

Note. -2log-vraisemblance = 170,598; khi carré = 7,295; R² de Nagelkerke = 0,073; p = 0,026

Le premier objectif du mémoire était d'examiner la prédiction de l'abandon du traitement à partir des caractéristiques initiales du jeune. Résumons ici les principales conclusions des tests effectués à ce propos. Le premier modèle incluant tous les participants à l'étude révèle que le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique diminue significativement les chances d'abandonner le traitement. De même, plus les jeunes ont des difficultés interpersonnelles avant leur traitement, plus ils risquent de l'abandonner. Lorsque les analyses considèrent séparément le sexe du participant, les résultats varient selon le sexe. Chez les filles, les variables prévisionnelles significativement liées à l'abandon demeurent identiques à celles identifiées dans le premier modèle : un premier passage en communauté thérapeutique ainsi que davantage de problèmes interpersonnels augmentent les chances d'abandonner le traitement. Chez les garçons, bien que le modèle atteigne le seuil de signification, aucune variable prévisionnelle n'est significativement liée à l'abandon du traitement.

Objectif 2

Le second objectif consiste à identifier quelles variables permettent de prédire la condition post-traitement des résidents suite à leur passage en communauté thérapeutique. Pour ce faire, deux façons d'observer la condition post-traitement sont mises en place. Tout d'abord, le statut d'abandon (0 = complétion, 1 = abandon) est considéré comme une variable prévisionnelle, au même titre que les autres. Ensuite, les analyses sont réalisées de façon séparée en fonction du statut d'abandon ou de complétion des résidents.

Modèle 1 : l'abandon comme variable prévisionnelle

Des analyses de corrélations partielles sont d'abord réalisées. Elles permettent de tester la relation entre les huit scores au temps 1, 2 et 3 (alcool, drogues, santé physique, occupation, état psychologique, relations interpersonnelles, relations familiales, socio-judiciaire), et les variables

permettant de prédire la condition post-traitement. Les paragraphes suivants décrivent les résultats constatés. Afin d'alléger le texte, toutes les variables prévisionnelles seront considérées au temps 0. Rappelons que lorsque ces scores sont élevés, ils représentent une situation plus problématique pour le jeune.

Temps 1 : 6 mois après la fin du traitement

Le tableau 4 présente les résultats des analyses de corrélations partielles pour le premier temps de suivi. Le score de drogues au temps 1 est positivement lié au statut d'abandon ($pr = 0,173, p < 0,05$) ainsi qu'aux scores d'occupation ($pr = 0,115, p < 0,10$) et d'état psychologique ($pr = 0,144, p < 0,05$). Le score d'alcool ($pr = 0,125, p < 0,10$) ainsi que le score de relations interpersonnelles ($pr = 0,127, p < 0,10$) sont tous deux liés de façon positive au score de santé physique au temps 1. Le sexe ($pr = -0,181, p < 0,01$) est quant à lui négativement lié à ce même score. Le sexe ($pr = -0,177, p < 0,01$) est négativement lié au score d'état psychologique au temps 1, alors que le score de relations interpersonnelles ($pr = 0,130, p < 0,10$) l'est de façon positive. Concernant le score de relations interpersonnelles au temps 1, le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,145, p < 0,05$) ainsi que les scores d'état psychologique ($pr = 0,118, p < 0,001$) et socio-judiciaire ($pr = 0,151, p < 0,05$) y sont positivement liés. Ensuite, seul le score d'occupation ($pr = 0,113, p < 0,10$) est positivement lié au score de relations familiales au temps 1. Finalement, l'âge du résident est inversement lié au score socio-judiciaire au temps 1 ($pr = -0,117, p < 0,10$), alors que le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,126, p < 0,10$) ainsi que le fait d'avoir déjà reçu une ordonnance légale ($pr = 0,199, p < 0,01$) influencent le score de façon positive. Aucune variable n'est significativement liée au score d'alcool.

Tableau 4. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 1 (n = 215)

	Alcool T1	Drogues T1	Santé physique T1	Occupation T1	État psychologique T1	Relations interpersonnelles T1	Relations familiales T1	Socio-judiciaire T1
Statut d'abandon (0 = complétion; 1 = abandon)	0,032	0,173*	0,012	0,072	0,103	0,062	0,027	0,050
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,085	-0,105	-0,181**	-0,089	-0,177**	-0,099	-0,010	0,023
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,017	-0,013	0,091	0,048	0,068	0,145*	0,002	0,126 †
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,007	-0,104	-0,027	0,019	-0,056	0,088	-0,030	0,199**
Âge du sujet	0,053	-0,039	0,022	-0,033	-0,012	0,060	-0,053	-0,117 †
Alcool	X	-0,015	0,125 †	0,018	0,020	-0,030	0,023	0,059
Drogues	0,106	X	0,049	0,041	0,088	0,045	0,064	-0,031
Santé physique	-0,034	-0,019	X	0,024	0,070	0,008	-0,028	0,037
Occupation	-0,039	0,115 †	-0,057	X	0,075	-0,040	0,113 †	-0,018
État psychologique	-0,086	0,144*	0,103	0,080	X	0,118 †	0,089	0,010
Relations interpersonnelles	-0,045	0,106	0,127 †	0,080	0,130 †	X	0,037	0,053
Relations familiales	-0,034	-0,003	-0,090	0,006	0,016	-0,022	X	0,065
Socio-judiciaire	0,057	0,027	-0,014	0,042	0,107	0,151*	0,102	X

Note. † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$ X = la relation n'a pas été testée

Des régressions linéaires multiples (tableau 5) ont été réalisées pour les variables liées de façon significative qui ont été détectées dans les résultats des corrélations partielles. Six modèles permettent de prédire de façon significative la condition post-traitement des jeunes de l'échantillon au temps 1. Comparativement aux autres, les jeunes qui ont abandonné leur traitement ($\beta = 0,159$, $p < 0,05$) risquent davantage d'avoir une consommation problématique de drogue au temps 1 ($F = 3,887$, $p < 0,01$). Les garçons ($\beta = -0,170$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles d'avoir un score de santé physique au temps 1 moins problématique que celui des filles ($F = 4,263$, $p < 0,01$), ce qui indique une amélioration de leur condition physique. Dans le même ordre d'idée, les garçons ($\beta = -0,158$, $p < 0,05$) ont moins de difficultés liées à leur état psychologique que les filles au temps 1 ($F = 4,159$, $p < 0,05$). Finalement, trois variables sont liées au score socio-judiciaire au temps 1 ($F = 7,737$, $p < 0,001$). Premièrement, les résidents ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,167$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles d'avoir davantage de problèmes d'ordre socio-judiciaire au temps 1. Ensuite, avoir déjà reçu une ordonnance légale ($\beta = 0,259$, $p < 0,001$) est lié à davantage de problèmes socio-judiciaires six mois après le traitement. La troisième variable est l'âge ($\beta = -0,227$, $p < 0,001$): plus le jeune est âgé, moins il est susceptible d'avoir des difficultés socio-judiciaires au temps 1. Notons que les pourcentages de variance expliquée varient entre 1,3 % et 9,9 %. Les scores d'alcool et d'occupation au temps 1 ne présentaient pas de corrélations partielles atteignant le seuil de signification de $p = 0,05$ et n'ont donc pas été testés en régression linéaire multiple. Bien que le modèle de régression linéaire multiple ait atteint le seuil de signification $p = 0,05$ pour le score de relations interpersonnelles au temps 1 ($F = 3,368$, $p < 0,05$), aucune variable n'est significativement liée à ce score. Le modèle testant le score de relations familiales au temps 1 n'a pas atteint le seuil de signification de 0,05.

Tableau 5. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 1 (n = 215)

	Alcool T1	Drogues T1	Santé physique T1	Occupation T1	État psychologique T1	Relations interpersonnelles T1	Relations familiales T1	Socio-judiciaire T1
Statut d'abandon (0 = complétion ; 1 = abandon)		0,159*						
Sexe (0 = F; 1 = H)			-0,170*		-0,158*			
A déjà séjourné en communauté thérapeutique						0,106		0,167*
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								0,259***
Âge du sujet								-0,227***
Alcool	X		0,126					
Drogues		X						
Santé physique			X					
Occupation		0,074		X			0,113	
État psychologique		0,113			X	0,097		
Relations interpersonnelles			0,084		0,099	X		
Relations familiales							X	
Socio-judiciaire						0,125		X
F		3,887	4,263		4,519	3,368	2,741	7,737
Sig.		0,010	0,006		0,012	0,020	0,099	0,000
R ²		0,052	0,057		0,041	0,046	0,013	0,099

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Temps 2 : 12 mois après la fin du traitement

Le tableau 6 présente les résultats des corrélations partielles mettant en relation les différentes variables ainsi que les scores au temps 2, représentant la condition post-traitement des jeunes. Le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,184, p < 0,01$), d'être plus âgé ($pr = 0,115, p < 0,10$) ainsi que d'avoir des scores de drogues ($pr = 0,224, p < 0,001$) et socio-judiciaire ($pr = 0,186, p < 0,01$) élevés sont tous liés de façon positive au score d'alcool au temps 2. Le score de drogues au temps 2 est positivement lié à quatre variables : le statut d'abandon du traitement ($pr = 0,205, p < 0,01$) ainsi que les scores d'alcool ($pr = 0,126, p < 0,10$), d'état psychologique ($pr = 0,152, p < 0,05$) et socio-judiciaire ($pr = 0,180, p < 0,01$). Le score de santé physique au temps 2 est lié de façon positive au fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,122, p < 0,10$) et d'avoir un score d'état psychologique élevé ($pr = 0,127, p < 0,10$). Les scores d'état psychologique ($pr = 0,184, p < 0,01$) et de relations familiales ($pr = 0,126, p < 0,10$) sont positivement liés au score d'occupation au temps 2. Le sexe ($pr = -0,113, p < 0,10$) est toutefois inversement lié au score d'occupation au temps 2, les garçons ayant un score d'occupation plus problématique. Le score d'état psychologique au temps 2 est négativement lié au sexe ($pr = -0,141, p < 0,05$) et positivement lié aux scores d'occupation ($pr = 0,126, p < 0,10$) et socio-judiciaire ($pr = 0,133, p < 0,10$). Le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,127, p < 0,10$) ainsi qu'un score élevé d'état psychologique ($pr = 0,143, p < 0,05$) sont liés à un score élevé de relations interpersonnelles au temps 2. Le score de relations familiales au temps 2 est quant à lui lié de façon positive au statut d'abandon ($pr = 0,115, p < 0,10$) et de façon négative au sexe ($pr = -0,131, p < 0,10$) comme au score d'alcool ($pr = -0,112, p < 0,10$). Finalement, un score socio-judiciaire élevé au temps 2 est le fait de résidents plus âgés ($pr = 0,170, p < 0,05$), qui ont déjà reçu une ordonnance légale ($pr = 0,135, p < 0,05$) et qui ont un score de relations familiales élevé ($pr = 0,144, p < 0,05$).

Tableau 6. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 2 (n = 215)

	Alcool T2	Drogues T2	Santé physique T2	Occupation T2	État psychologique T2	Relations interpersonnelles T2	Relations familiales T2	Socio-judiciaire T2
Statut d'abandon (0 = complétion ; 1 = abandon)	-0,106	0,205**	-0,096	0,087	0,083	0,038	0,115 †	0,000
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,021	0,008	-0,100	-0,113 †	-0,141*	-0,111	-0,131 †	0,058
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,184**	-0,001	0,122 †	0,068	0,112	0,127 †	-0,082	0,170*
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,014	0,059	0,023	-0,048	-0,034	0,085	-0,085	0,135*
Âge du sujet	0,115 †	0,054	-0,027	0,069	0,052	0,059	-0,089	-0,047
Alcool	X	0,126 †	0,004	0,068	0,036	0,027	-0,112 †	0,070
Drogues	0,224***	X	-0,008	0,099	0,061	0,045	-0,070	0,084
Santé physique	0,048	0,008	X	0,023	0,083	0,013	-0,024	0,023
Occupation	0,006	0,089	-0,035	X	0,126 †	0,036	0,047	0,003
État psychologique	0,042	0,152*	0,127 †	0,184**	X	0,143*	0,085	0,052
Relations interpersonnelles	0,068	0,044	0,056	0,053	0,084	X	-0,056	0,078
Relations familiales	0,105	0,094	-0,035	0,126 †	0,090	0,027	X	0,144*
Socio-judiciaire	0,186**	0,180**	0,077	0,061	0,133 †	0,076	-0,045	X

Note. † = $p < 0,10$ *
 $= p < 0,05$
** = $p < 0,01$
*** = $p < 0,001$
X = la relation n'a pas été testée

Les corrélations partielles maintenant réalisées, vérifions si les relations observées demeurent significatives une fois incluses dans les analyses de régression linéaire multiple. Le tableau 7 présente les résultats de ces dernières. Sept des huit modèles de régression linéaire multiple atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$. Tout d'abord, les résidents ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,165$, $p < 0,01$), ceux ayant davantage de difficultés liées à leur consommation de drogues ($\beta = 0,246$, $p < 0,001$) ou ceux vivant davantage de difficultés socio-judiciaires ($\beta = 0,151$, $p < 0,01$) sont plus susceptibles d'avoir un score d'alcool problématique au temps 2 ($F = 7,264$, $p < 0,05$). De plus, il est plus probable que les jeunes ayant abandonné leur traitement ($\beta = 0,193$, $p < 0,01$) ou ceux davantage de difficultés socio-judiciaires ($\beta = 0,164$, $p < 0,05$) aient davantage de problèmes de consommation de drogues au temps 2 ($F = 5,951$, $p < 0,001$). Des difficultés d'ordre psychologique avant le traitement ($\beta = 0,150$, $p < 0,05$) sont associées à davantage de difficultés liées aux occupations au temps 2 ($F = 3,327$, $p < 0,05$). Deux variables prédisent un davantage de difficultés liées à l'état psychologique au temps 2 ($F = 3,935$, $p < 0,01$) : être une fille ($\beta = -0,148$, $p < 0,05$) et avoir eu davantage de difficultés d'ordre socio-judiciaire ($\beta = 0,146$, $p < 0,05$). Les résidents ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,173$, $p < 0,01$) ainsi que ceux ayant davantage de difficultés familiales avant le traitement ($\beta = 0,148$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles de vivre des difficultés socio-judiciaires au temps 2 ($F = 5,089$, $p < 0,01$). Les pourcentages de variance expliquée des modèles atteignant le seuil de signification de $p = 0,05$ varient entre 2,7 % et 12,2 %. Bien que les modèles portant sur les scores de relations interpersonnelles et de relations familiales atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$ (respectivement $F = 3,510$, $p = 0,05$ et $F = 3,056$, $p = 0,05$), aucune relation n'est significative. Le modèle de régression linéaire multiple pour le score de santé physique au temps 2 n'atteint pas le seuil de signification de $p = 0,05$.

Tableau 7. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 (n = 215)

	Alcool T2	Drogues T2	Santé physique T2	Occupation T2	État psychologique T2	Relations interpersonnelles T2	Relations familiales T2	Socio-judiciaire T2
Statut d'abandon (0 = complétion ;1 = abandon)		0,193**					0,115	
Sexe (0 = F; 1 = H)				-0,054	-0,148*		-0,126	
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,165*		0,106			0,109		0,173**
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								0,123
Âge du sujet	0,071							
Alcool	X	0,109					-0,107	
Drogues	0,246***	X						
Santé physique			X					
Occupation				X	0,100			
État psychologique		0,126	0,112	0,150*	X	0,127		
Relations interpersonnelles						X		
Relations familiales				0,092			X	0,148*
Socio-judiciaire	0,151*	0,164*			0,146*			X
F	7,264	5,951	2,962	3,327	3,935	3,510	3,056	5,089
Sig.	0,000	0,000	0,054	0,021	0,009	0,032	0,029	0,002
R ²	0,122	0,102	0,027	0,045	0,053	0,032	0,042	0,067

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Temps 3 : 18 mois après la fin du traitement

Le dernier temps de mesure est réalisé 18 mois après la fin du traitement. Le tableau 8 présente les résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3. Le score de drogues au temps 3 est lié négativement au statut d'abandon ($pr = -0,117, p < 0,10$) et lié positivement aux scores de relations interpersonnelles ($pr = 0,195, p < 0,01$) et de relations familiales ($pr = 0,159, p < 0,05$). Le fait d'avoir abandonné le traitement ($pr = 0,121, p < 0,10$) ou le fait d'être plus âgé ($pr = 0,130, p < 0,10$) sont positivement associés au score de drogues au temps 3. Le score de santé physique au temps 3 est quant à lui positivement lié aux scores de drogues ($pr = 0,116, p < 0,10$), d'état psychologique ($pr = 0,221, p < 0,001$), de relations interpersonnelles ($pr = 0,200, p < 0,001$) et socio-judiciaire ($pr = 0,143, p < 0,05$). Six variables sont liées de façon positive au score d'occupation au temps 3 : le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,161, p < 0,05$), l'âge ($pr = 0,116, p < 0,10$) ainsi que les scores de santé physique ($pr = 0,133, p < 0,10$), d'état psychologique ($pr = 0,123, p < 0,10$), de relations interpersonnelles ($pr = 0,118, p < 0,10$) et de relations familiales ($pr = 0,132, p < 0,10$). Les résidents ayant abandonné le traitement ($pr = 0,176, p < 0,01$), les filles ($pr = -0,147, p < 0,05$), les plus âgés ($pr = 0,181, p < 0,01$) et ceux qui présentent plus de difficultés sur les plans de l'alcool ($pr = 0,168, p < 0,05$), de la santé physique ($pr = 0,129, p < 0,10$), des occupations ($pr = 0,114, p < 0,10$) et des relations interpersonnelles ($pr = 0,204, p < 0,01$) sont plus susceptibles d'avoir davantage de problèmes psychologiques au temps 3. Être une fille ($pr = -0,133, p < 0,10$) et avoir un score d'occupation élevé ($pr = 0,137, p < 0,05$) sont tous deux associés à un score élevé de relations interpersonnelles au temps 3. Le score de relations familiales au temps 3 est positivement lié aux scores d'alcool ($pr = 0,167, p < 0,05$), de santé physique ($pr = 0,148, p < 0,05$) et d'occupation ($pr = 0,145, p < 0,05$). Finalement, le score légal social au temps 3 est lié de façon positive à l'abandon ($pr = 0,125, p < 0,10$), au sexe masculin ($pr = 0,128, p < 0,10$) et au fait d'avoir déjà reçu une ordonnance légale ($pr = 0,113, p < 0,10$).

Tableau 8. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3 (n = 215)

	Alcool T3	Drogues T3	Santé physique T3	Occupation T3	État psychologique T3	Relations interpersonnelles T3	Relations familiales T3	Socio-judiciaire T3
Statut d'abandon (0 = complétion ;1 = abandon)	-0,117 †	0,121 †	0,060	0,087	0,176**	0,060	0,096	0,125 †
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,010	-0,014	-0,105	-0,105	-0,147*	-0,133 †	-0,088	0,128 †
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,107	0,009	0,065	0,161*	0,101	0,098	0,011	0,098
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,036	0,008	0,070	0,016	0,077	0,046	0,074	0,113 †
Âge du sujet	0,085	0,130 †	0,063	0,116 †	0,181**	0,071	0,060	-0,024
Alcool	X	0,088	0,020	0,052	0,168*	0,050	0,167*	0,032
Drogues	0,088	X	0,116 †	0,027	0,017	0,022	0,011	-0,053
Santé physique	0,016	-0,086	X	0,133 †	0,129 †	0,060	0,148*	0,046
Occupation	0,032	0,053	0,105	X	0,114 †	0,137*	0,145*	-0,043
État psychologique	-0,025	0,101	0,221***	0,123 †	X	0,093	0,057	0,026
Relations interpersonnelles	0,195**	0,086	0,200**	0,118 †	0,204**	X	0,059	-0,043
Relations familiales	0,159*	0,057	0,099	0,132 †	0,070	0,081	X	0,036
Socio-judiciaire	0,105	0,099	0,143*	0,084	0,038	0,089	0,070	X

Note. † = $p < 0,10$

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Le tableau 9 présente les résultats des régressions linéaires multiples qui incluent les variables pour lesquelles des associations significatives ont été constatées dans les tests de corrélations partielles. Les huit modèles de régression linéaire multiple atteignent tous le seuil de signification de $p = 0,05$ pour le temps 3. Les résidents ayant davantage de difficultés quant à leurs relations interpersonnelles ($\beta = 0,190$, $p < 0,01$) sont plus susceptibles de connaître une consommation d'alcool plus problématique au temps 3 ($F = 5,391$, $p < 0,001$). Fait étonnant, le fait de compléter son traitement ($\beta = -0,136$, $p < 0,05$) est une variable prévisionnelle d'un score de consommation d'alcool plus problématique au temps 3 ($F = 5,391$, $p < 0,001$). Davantage de difficultés psychologiques ($\beta = 0,151$, $p < 0,05$) prédisent davantage de difficultés au niveau de la santé physique au temps 3 ($F = 4,889$, $p < 0,001$). Un score d'occupation problématique au temps 3 ($F = 2,560$, $p < 0,05$) est quant à lui prédit par le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,140$, $p < 0,05$). Quatre variables permettent de prédire des difficultés psychologiques au temps 3 ($F = 4,501$, $p < 0,001$) : avoir abandonné le traitement ($\beta = 0,151$, $p < 0,05$), être une fille ($\beta = -0,136$, $p < 0,05$), être plus âgé ($\beta = 0,166$, $p < 0,05$) et avoir un score problématique d'alcool ($\beta = 0,144$, $p < 0,05$). D'ailleurs, un score problématique d'alcool ($\beta = 0,154$, $p < 0,05$) permet de prédire davantage de difficultés familiales au temps 3 ($F = 4,391$, $p < 0,01$). Les résidents abandonnant leur traitement ($\beta = 0,138$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles d'avoir des problèmes légaux et sociaux ($F = 3,208$, $p < 0,05$). Les pourcentages de variance expliquée varient entre 3,1 % pour le score de drogues au temps 3 et 11,5 % pour le score d'état psychologique au temps 3. Bien que les modèles atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$, aucune relation n'est significative pour les scores de drogues ($F = 3,356$, $p < 0,05$) et de relations interpersonnelles ($F = 3,579$, $p < 0,05$).

Tableau 9. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 3 (n = 215)

	Alcool T3	Drogues T3	Santé physique T3	Occupation T3	État psychologique T3	Relations interpersonnelles T3	Relations familiales T3	Socio-judiciaire T3
Statut d'abandon (0 = complétion ; 1 = abandon)	-0,136*	0,118			0,151*			0,138*
Sexe (0 = F; 1 = H)					-0,136*	-0,119		0,108
A déjà séjourné en communauté thérapeutique				0,140*				0,110
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								
Âge du sujet		0,127		0,093	0,166*			
Alcool	X				0,144*		0,154*	
Drogues		X	0,084					
Santé physique			X	0,095	0,029		0,118	
Occupation				X	0,026	0,123	0,108	
État psychologique			0,151*	0,042	X			
Relations interpersonnelles	0,190**		0,119	0,016	0,118	X		
Relations familiales	0,115			0,119			X	
Socio-judiciaire			0,127					X
F	5,391	3,356	4,889	2,560	4,492	3,579	4,391	3,208
Sig.	0,001	0,037	0,001	0,021	0,000	0,030	0,005	0,024
R ²	0,071	0,031	0,085	0,069	0,132	0,033	0,059	0,044

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Le tableau 10 permet d'observer toutes les relations significatives relevées lors des analyses du premier modèle de l'objectif 2. Les trois temps de mesure sont y représentés. Une analyse sommaire des tendances principales pouvant être dégagées des résultats de ce tableau montre que les résidents ayant abandonné leur traitement ont une consommation de drogues plus problématique aux temps 1 et 2. Aussi, on constate que les filles perçoivent davantage de difficultés psychologiques, et ce, pour les trois temps de mesure. Enfin, les jeunes ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique sont plus susceptibles de connaître des difficultés socio-judiciaires aux temps 1 et 2.

Tableau 10. Les variables prévisionnelles de la condition post-traitement pour chacun des temps de mesure

		Alcool	Drogues	Santé physique	Occupation	État psychologique	Relations interpersonnelles	Relations familiales	Socio-judiciaire
Statut d'abandon (0 = complétion; 1 = abandon)	T1		+						
	T2		+						
	T3	-				+			+
Sexe (0 = F; 1 = H)	T1			-		-			
	T2					-			
	T3					-			
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	T1								+
	T2	+							+
	T3				+				
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	T1								+
	T2								
	T3								
Âge du sujet	T1								-
	T2								
	T3					+			
Alcool T0	T1								
	T2	X							
	T3					+		+	
Drogues T0	T1								
	T2	+	X						
	T3								
Santé physique T0	T1								
	T2			X					
	T3								
Occupation T0	T1								
	T2				X				
	T3								
État psychologique T0	T1								
	T2				+	X	+		
	T3			+					
Relations interpersonnelles T0	T1								
	T2						X		
	T3	+							
Relations familiales T0	T1								
	T2							X	+
	T3								
Socio-judiciaire T0	T1								
	T2	+	+			+			X
	T3								

Note. + la relation est positive ; - la relation est négative; X la relation n'a pas été testée

Modèle 2 : la comparaison selon le statut d'abandon

Alors que le premier modèle présente l'abandon comme variable prévisionnelle au même titre que les autres, le deuxième modèle compare les analyses selon le statut d'abandon. Ainsi, des corrélations partielles et des régressions linéaires multiples ont été réalisées en deux étapes, correspondant chacune au statut d'abandon du jeune (traitement complété ou abandonné). Les résultats sont présentés pour les trois temps de suivi.

Temps 1 : 6 mois après la fin du traitement

Le tableau 11 présente les résultats des corrélations partielles pour les jeunes qui complètent leur traitement à la communauté thérapeutique Portage. Aucun prédicteur du score d'alcool au temps 1 n'atteint le seuil de signification de $p = 0,10$. Le fait d'être une fille ($pr = -0,164$, $p < 0,10$) ainsi qu'avoir un score élevé d'état psychologique ($pr = 0,225$, $p < 0,05$) sont des variables associées à un score de drogue élevé au temps 1. Les filles ($pr = -0,201$, $p < 0,05$) sont également plus susceptibles d'avoir un score élevé de santé physique au temps 1. Pour ce qui est du score d'occupation au temps 1, il n'est pas lié de façon significative à un des prédicteurs. Un score élevé d'état psychologique au temps 1 est lié au fait d'être une fille ($pr = -0,258$, $p < 0,01$) et d'avoir connu des difficultés liées aux occupations ($pr = 0,195$, $p < 0,05$). Davantage de difficultés interpersonnelles au temps 1 sont liées au fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,219$, $p < 0,05$). Les filles ($pr = -0,216$, $p < 0,05$) et les résidents ayant davantage de difficultés psychologiques ($pr = 0,263$, $p < 0,01$) ont un score de relations familiales plus élevé, donc plus problématique, au temps 1. Finalement, avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,183$, $p < 0,05$) est lié à davantage de difficultés socio-judiciaires.

Tableau 11. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117)

	Alcool T1	Drogues T1	Santé physique T1	Occupation T1	État psychologique T1	Relations interpersonnelles T1	Relations familiales T1	Socio-judiciaire T1
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,034	-0,164t	-0,201*	-0,122	-0,258**	-0,130	-0,216*	0,097
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,057	0,040	0,045	0,056	0,114	0,219*	0,013	0,183*
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,003	-0,092	-0,044	0,028	-0,033	0,057	-0,034	0,151
Âge du sujet	0,037	-0,041	-0,042	-0,101	-0,059	0,030	-0,152	-0,047
Alcool	X	-0,042	0,096	0,017	-0,034	-0,066	0,026	0,063
Drogues	0,056	X	0,072	0,001	0,052	-0,025	0,030	-0,150
Santé physique	-0,111	-0,152	X	-0,079	-0,029	-0,077	-0,009	-0,072
Occupation	-0,123	0,069	-0,091	X	0,071	-0,098	0,047	-0,087
État psychologique	-0,016	0,225*	0,119	0,109	X	0,151	0,263**	-0,017
Relations interpersonnelles	0,019	0,105	0,099	0,118	0,195*	X	0,146	0,101
Relations familiales	0,007	0,006	-0,129	0,089	0,061	0,018	X	0,049
Socio-judiciaire	0,075	0,048	-0,006	-0,058	0,114	0,027	0,120	X

Note. † = $p < 0,10$

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Le tableau 12 présente les résultats des analyses de régression linéaires multiples de la condition post-traitement au temps 1 pour les jeunes ayant complété leur traitement. Six modèles atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$ pour les régressions linéaires multiples concernant la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes ayant complété leur traitement. Le fait d'être un garçon plutôt qu'une fille ($\beta = -0,201$, $p < 0,05$) prédit moins de problèmes de santé physique six mois après le traitement ($F = 4,858$, $p < 0,05$). De même, les garçons ($\beta = -0,242$, $p < 0,01$) connaissent moins de difficultés d'ordre psychologique que les filles au temps 1 ($F = 6,068$, $p < 0,01$). Les résidents ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,219$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles de connaître des difficultés interpersonnelles au temps 1 ($F = 5,807$, $p < 0,05$). Les personnes vivant davantage de difficultés psychologiques avant l'entrée dans le traitement ($\beta = 0,213$, $p < 0,05$) sont plus à risque de connaître des difficultés familiales six mois après le traitement ($F = 5,380$, $p < 0,01$). Finalement, les résidents ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,183$, $p < 0,05$) sont susceptibles d'avoir un score socio-judiciaire problématique au temps 1 ($F = 3,972$, $p < 0,05$). Les R^2 associés aux modèles correspondent aux pourcentages de la variance expliquée. Ainsi, les modèles permettent d'expliquer entre 3,3 % et 9,6 % de la variance expliquée. Malgré la présence de relations significatives dans les résultats des corrélations partielles, le modèle cherchant à prédire le score de drogue au temps 1 n'atteint pas le seuil de signification de $p = 0,05$. Comme aucune variable n'était corrélée de façon significative aux scores d'alcool et d'occupation au temps 1, les modèles n'ont pas été testés en régression linéaire multiple.

Tableau 12. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117)

	Alcool T1	Drogues T1	Santé physique T1	Occupation T1	État psychologique T1	Relations interpersonnelles T1	Relations familiales T1	Socio-judiciaire T1
Sexe (0 = F; 1 = H)		-0,097	-0,201*		-0,242**		-0,141	
A déjà séjourné en communauté thérapeutique						0,219*		0,183*
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								
Âge du sujet								
Alcool	X							
Drogues		X						
Santé physique			X					
Occupation				X				
État psychologique		0,191			X		0,213*	
Relations interpersonnelles					0,172	X		
Relations familiales							X	
Socio-judiciaire								X
F		3,563	4,858		6,068	5,807	5,380	3,972
Sig.		0,032	0,030		0,003	0,018	0,006	0,049
R ²		0,059	0,041		0,096	0,048	0,086	0,033

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Le tableau 13 présente les résultats des corrélations partielles évaluant la condition post-traitement des jeunes ayant abandonné leur traitement. Moins de variables sont liées à la condition post-traitement au temps 1 chez les résidents qui abandonnent le traitement que chez ceux qui le complètent. Vivre davantage de difficultés psychologiques ($r = -0,168, p < 0,10$) est associé positivement au score d'alcool au temps 1. Le fait d'avoir séjourné en communauté thérapeutique ($r = 0,213, p < 0,05$) est lié de façon positive au score de santé physique. Un score élevé de relations interpersonnelles au temps 1 est lié à un score socio-judiciaire élevé ($r = 0,287, p < 0,01$). Être un garçon ($r = 0,212, p < 0,05$) ainsi que davantage de difficultés liées à leurs occupations ($r = 0,183, p < 0,10$) sont tous deux positivement liés au score de relations familiales au temps 1. Le score socio-judiciaire au temps 1 est associé positivement au fait d'avoir reçu une ordonnance ($r = 0,285, p < 0,01$) et d'être plus jeune ($r = -0,202, p < 0,05$). Finalement, les scores de drogues, d'occupation et d'état psychologique ne sont significativement liés à aucune des variables prévisionnelles.

Tableau 13. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)

	Alcool T1	Drogues T1	Santé physique T1	Occupation T1	État psychologique T1	Relations interpersonnelles T1	Relations familiales T1	Socio-judiciaire T1
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,135	-0,048	-0,154	-0,055	-0,083	-0,068	0,212*	-0,063
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	-0,029	-0,015	0,213*	0,084	0,047	0,074	-0,003	0,067
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,019	-0,080	0,002	0,028	-0,062	0,149	-0,020	0,285**
Âge du sujet	0,067	-0,048	0,107	0,040	0,040	0,089	0,053	-0,202*
Alcool	X	0,013	0,164	0,018	0,087	0,011	0,020	0,053
Drogues	0,154	X	0,021	0,087	0,136	0,119	0,101	0,101
Santé physique	0,033	0,082	X	0,120	0,165	0,084	-0,052	0,146
Occupation	0,039	0,142	-0,015	X	0,066	0,012	0,183 †	0,055
État psychologique	-0,168 †	0,031	0,078	0,034	X	0,073	-0,116	0,035
Relations interpersonnelles	-0,113	0,066	0,161	0,023	0,034	X	-0,079	-0,011
Relations familiales	-0,070	0,004	-0,042	-0,075	-0,024	-0,056	X	0,087
Socio-judiciaire	0,039	0,000	-0,026	0,155	0,096	0,287**	0,082	X

Note. † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$ X = la relation n'a pas été testée

Le tableau 14 présente les résultats des analyses de régression linéaires multiples de la condition post-traitement au temps 1 pour les jeunes ayant abandonné leur traitement. Quatre modèles de régression linéaire multiple atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$ et permettent de prédire la condition post-traitement au temps 1 des jeunes ayant abandonné leur traitement. Le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,213$, $p < 0,05$) est une variable prévisionnelle d'un score de santé physique plus problématique au temps 1 ($F = 4,586$, $p < 0,05$). Les jeunes qui, en entrant dans le traitement, avaient plus de problèmes sur le plan socio-judiciaire ($\beta = 0,287$, $p < 0,05$) sont aussi plus susceptibles d'éprouver des difficultés dans leurs relations interpersonnelles au temps 1 ($F = 8,585$, $p < 0,01$). Être une fille ($\beta = -0,222$, $p < 0,05$) augmente les chances d'avoir un score de relations familiales au temps 1 plus élevé, donc plus problématique ($F = 4,276$, $p < 0,05$). Avoir reçu une ordonnance légale ($\beta = 0,341$, $p < 0,001$) et être plus jeune ($\beta = -0,272$, $p < 0,01$) permettent de prédire des difficultés socio-judiciaires au temps 1 ($F = 8,529$, $p < 0,001$). Les pourcentages de variance expliquée varient entre 4,6 % et 15,2 %. Le modèle cherchant à trouver les variables prévisionnelles du score d'alcool au temps 1 n'a pas atteint le seuil de signification de $p = 0,05$. Les scores de drogues, d'occupation et d'état psychologique n'ont pas été testés, parce qu'aucune relation préalable n'était significative.

Tableau 14. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 1 chez les jeunes qui ont abandonné le traitement (n = 98)

	Alcool T1	Drogues T1	Santé physique T1	Occupation T1	État psychologique T1	Relations interpersonnelles T1	Relations familiales T1	Socio-judiciaire T1
Sexe (0 = F; 1 = H)							-0,222*	
A déjà séjourné en communauté thérapeutique			0,213*					
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								0,341***
Âge du sujet								-0,272**
Alcool	X							
Drogues		X						
Santé physique			X					
Occupation				X			0,194	
État psychologique	-0,168				X			
Relations interpersonnelles						X		
Relations familiales							X	
Socio-judiciaire								X
F	2,787		4,586			8,585	4,276	8,529
Sig.	0,098		0,035			0,004	0,017	0,000
R ²	0,028		0,046			0,082	0,083	0,152

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Quelques variables permettent donc de prédire la condition post-traitement au temps 1. À la fin de la section portant sur le premier modèle, le tableau XX résume ces relations significatives. Fait intéressant, ces variables ne sont pas les mêmes pour les jeunes ayant complété ou abandonné leur traitement.

Temps 2 : 12 mois après la fin du traitement

Le temps de mesure 2 a été réalisé 12 mois après la fin du traitement. La section qui suit présente les résultats des analyses de corrélations et de régression concernant ce deuxième temps de suivi. Le tableau 15 présente les résultats des analyses de corrélations partielles pour les jeunes ayant complété leur traitement. Chez les jeunes ayant complété le traitement, différentes variables prévisionnelles sont associées de façon significative à leur condition post-traitement au temps 2. Le score d'alcool au temps 2 est lié de façon positive au fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,212, p < 0,05$) ainsi qu'à un score élevé pour les drogues ($pr = 0,211, p < 0,05$) et socio-judiciaire ($pr = 0,311, p < 0,01$). Les scores d'état psychologique ($pr = 0,208, p < 0,05$) et socio-judiciaire ($pr = 0,238, p < 0,01$) sont positivement associés au score de drogues au temps 2. Davantage de problèmes psychologiques ($pr = 0,171, p < 0,10$) et moins de difficultés interpersonnelles ($pr = -0,173, p < 0,10$) sont des variables associées à un score élevé de problèmes de santé physique au temps 2. Être une fille ($pr = -0,347, p < 0,001$), avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,206, p < 0,05$) ainsi que des scores élevés de drogues ($pr = 0,214, p < 0,05$) et d'état psychologique ($pr = 0,345, p < 0,001$) sont associés à un score d'occupation plus problématique au temps 2. Quatre prédicteurs sont liés de façon positive à l'état psychologique au temps 2 : être une fille ($pr = -0,214, p < 0,05$), le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,214, p < 0,05$), un score de drogues élevé ($pr = 0,174, p < 0,10$) et un score socio-judiciaire élevé ($pr = 0,230, p < 0,05$). Être une fille ($pr = -0,169, p < 0,10$), le fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,230, p < 0,05$) ainsi que davantage de difficultés psychologiques ($pr = 0,214, p < 0,05$) et socio-judiciaires ($pr = 0,209, p < 0,05$) sont des variables prévisionnelles du score de relations interpersonnelles au temps 2. Les filles ($pr = -0,201, p < 0,05$) et les résidents connaissant plus de difficultés psychologiques ($pr = 0,163, p < 0,10$) sont des variables liées à un score problématique de relations familiales au temps 2. Enfin, le score socio-judiciaire au temps 2 est positivement lié au fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,216, p < 0,05$).

Tableau 15. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117)

	Alcool T2	Drogues T2	Santé physique T2	Occupation T2	État psychologique T2	Relations interpersonnelles T2	Relations familiales T2	Socio-judiciaire T2
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,011	0,016	-0,139	-0,347***	-0,214*	-0,169 †	-0,201*	0,141
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,212*	0,080	0,126	0,206*	0,214*	0,230*	-0,099	0,216*
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,006	0,076	0,011	-0,060	-0,020	0,073	-0,036	0,106
Âge du sujet	0,118	0,061	-0,085	0,072	0,083	0,090	-0,118	0,011
Alcool	X	0,125	0,002	0,084	0,043	0,095	-0,036	0,105
Drogues	0,211*	X	0,011	0,214*	0,174 †	0,105	0,041	-0,046
Santé physique	-0,079	-0,050	X	0,098	0,030	0,011	0,038	-0,083
Occupation	-0,038	0,081	-0,104	X	0,071	-0,009	-0,026	-0,053
État psychologique	0,133	0,208*	0,171 †	0,345***	X	0,214*	0,163 †	0,005
Relations interpersonnelles	0,151	0,044	0,060	0,115	0,084	X	-0,088	0,146
Relations familiales	0,097	0,034	-0,173 †	0,097	-0,002	0,045	X	0,084
Socio-judiciaire	0,311***	0,238**	0,099	0,069	0,230*	0,209*	-0,084	X
<i>Note.</i> † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$ X = la relation n'a pas été testée								

Les résultats des analyses de régression linéaire multiple pour les jeunes ayant complété leur traitement sont présentées au tableau 16. Chez les jeunes ayant complété leur traitement, sept modèles cherchant à prédire la condition post-traitement au temps 2 ont atteint le seuil de signification de $p = 0,05$. Tout d'abord, les résidents ayant une consommation de drogue problématique ($\beta = 0,266, p < 0,01$) ou encore davantage de problèmes socio-judiciaires à l'entrée au traitement ($\beta = 0,285, p < 0,01$) sont plus susceptibles d'avoir une problématique de consommation d'alcool au temps 2 ($F = 8,354, p < 0,001$). Les jeunes ayant davantage de problèmes psychologiques ($\beta = 0,193, p < 0,05$) et socio-judiciaire ($\beta = 0,226, p < 0,01$) sont plus à risque d'avoir une consommation de drogues problématique au temps 2 ($F = 5,907, p < 0,01$). Les jeunes présentant davantage de difficultés psychologiques ($\beta = 0,206, p < 0,05$) ou ceux ayant moins de problèmes familiaux ($\beta = -0,207, p < 0,05$) risquent de vivre des difficultés au niveau de leur santé physique au temps 2 ($F = 4,357, p < 0,05$). Un score d'occupation problématique au temps 2 ($F = 8,397, p < 0,001$) est prédit par le fait d'être une fille ($\beta = -0,244, p < 0,01$), par un séjour antérieur en communauté thérapeutique ($\beta = 0,184, p < 0,05$) ou encore par des scores problématiques de drogues ($\beta = 0,186, p < 0,05$) ou d'état psychologique ($\beta = 0,197, p < 0,05$). Le fait d'être une fille ($\beta = -0,222, p < 0,05$) ainsi que des difficultés au niveau de la consommation de drogues ($\beta = 0,201, p < 0,05$) et socio-judiciaires ($\beta = 0,240, p < 0,01$) sont des variables prévisionnelles d'un score d'état psychologique au temps 2 plus problématique ($F = 5,782, p < 0,001$). Finalement, les jeunes ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique ($\beta = 0,216, p < 0,05$) sont plus susceptibles d'avoir des problèmes sur le plan socio-judiciaire au temps 2 ($F = 5,615, p < 0,05$). Les R^2 , c'est-à-dire le pourcentage de variance expliquée, varient entre 4,7 % et 23,1 %. Le modèle cherchant à identifier les variables prévisionnelles score de relations familiales n'a pas atteint le seuil de signification de $p = 0,05$. Bien que le modèle atteigne le seuil de signification de $p = 0,05$, aucune des variables ne permet de prédire le score de relations interpersonnelles au temps 2 ($F = 3,913, p < 0,01$) pour les jeunes ayant complété leur traitement.

Tableau 16. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117)

	Alcool T2	Drogues T2	Santé physique T2	Occupation T2	État psychologique T2	Relations interpersonnelles T2	Relations familiales T2	Socio-judiciaire T2
Sexe (0 = F; 1 = H)				-0,244**	-0,222*	-0,140	-0,164	
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,171			0,184*	0,156	0,143		0,216*
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								
Âge du sujet								
Alcool	X							
Drogues	0,266**	X		0,186*	0,201*			
Santé physique			X					
Occupation				X				
État psychologique		0,193*	0,206*	0,197*	X	0,131	0,105	
Relations interpersonnelles						X		
Relations familiales			-0,207*				X	
Socio-judiciaire	0,285**	0,226*			0,240**	0,182		X
F	8,354	5,907	4,357	8,397	5,782	3,913	2,994	5,615
Sig.	0,000	0,004	0,015	0,000	0,000	0,005	0,054	0,019
R ²	0,182	0,094	0,071	0,231	0,171	0,123	0,050	0,047

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Maintenant que les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 des jeunes ayant complété leur traitement sont identifiées, il convient d'identifier les variables prédisant la condition post-traitement des jeunes ayant abandonné leur traitement. Les résultats des corrélations partielles sont présentés au tableau 17 Comparativement à ce qui a été observé chez les jeunes qui complètent leur traitement, un moins grand nombre de variables prévisionnelles sont liées de façon significative à la condition post-traitement. Ce résultat au temps 2 rappelle celui constaté au temps 1. Le score d'alcool au temps 2 est positivement lié au score de drogues ($r = 0,242, p < 0,05$) et de santé physique ($r = 0,246, p < 0,05$). Le score d'état psychologique au temps 2 est associé de façon positive aux scores d'occupation ($r = 0,178, p < 0,10$) et de relations familiales ($r = 0,196, p < 0,10$). Le score de relations familiales au temps 2 est quant à lui lié de façon négative aux scores d'alcool ($r = -0,195, p < 0,10$) et de drogues ($r = -0,168, p < 0,10$). Avoir été l'objet d'une ordonnance légale ($r = 0,187, p < 0,10$) ainsi que des scores élevés de drogues ($r = 0,260, p < 0,01$) et de relations familiales ($r = 0,227, p < 0,05$) sont associés à un score socio-judiciaire élevé. Aucun prédicteur n'est lié de façon significative aux scores de drogues, de santé physique, d'occupation et de relations interpersonnelles au temps 2 pour les jeunes ayant abandonné leur traitement.

Tableau 17. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)

	Alcool T2	Drogues T2	Santé physique T2	Occupation T2	État psychologique T2	Relations interpersonnelles T2	Relations familiales T2	Socio-judiciaire T2
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,037	0,001	-0,042	0,100	-0,062	-0,048	-0,068	-0,057
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,068	-0,014	0,058	-0,087	-0,013	-0,021	-0,015	0,078
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	-0,007	0,100	0,014	-0,015	-0,032	0,116	-0,119	0,187 †
Âge du sujet	0,120	0,041	0,071	0,064	0,014	0,023	-0,069	-0,131
Alcool	X	0,135	0,007	0,053	0,028	-0,052	-0,195 †	0,017
Drogues	0,242*	X	-0,043	0,002	-0,053	-0,017	-0,168 †	0,260**
Santé physique	0,246*	0,021	X	-0,057	0,124	0,009	-0,101	0,165
Occupation	0,091	0,073	0,092	X	0,178 †	0,080	0,103	0,084
État psychologique	-0,078	0,083	0,075	0,020	X	0,055	-0,008	0,123
Relations interpersonnelles	-0,004	-0,003	0,087	-0,019	0,064	X	-0,059	-0,008
Relations familiales	0,107	0,166	0,159	0,161	0,196 †	0,013	X	0,227*
Socio-judiciaire	0,009	0,136	0,047	0,053	0,023	-0,075	-0,010	X

Note. † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$ X = la relation n'a pas été testée

Le tableau 18 présente les résultats des régressions linéaires multiples en considérant uniquement les relations trouvées significatives lors des corrélations partielles. Seuls trois modèles de régression linéaire multiple atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$ permettant de prédire la condition post-traitement au temps 2 des jeunes ayant abandonné leur traitement. De ces trois modèles, un seul fait ressortir des relations significatives. Avoir déjà reçu une ordonnance légale ($\beta = 0,222, p < 0,05$) et un score de drogues problématique ($\beta = 0,231, p < 0,05$) sont des variables associées à des difficultés socio-judiciaires au temps 2 ($F = 4,959, p < 0,01$). Les modèles cherchant à prédire les scores d'alcool ($F = 4,764, p < 0,05$) et de relations familiales ($F = 3,089, p < 0,05$) atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$, sans toutefois qu'aucune relation significative ne soit trouvée. Le score d'état psychologique au temps 2 n'a pas atteint le seuil de signification de $p = 0,05$. Les scores de drogues, de santé physique, d'occupation et de relations interpersonnelles n'ont pas été testés, parce qu'aucune relation significative n'avait été détectée dans les tests précédents.

Tableau 18. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 2 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)

	Alcool T2	Drogues T2	Santé physique T2	Occupation T2	État psychologique T2	Relations interpersonnelles T2	Relations familiales T2	Socio-judiciaire T2
Sexe (0 = F; 1 = H)								
A déjà séjourné en communauté thérapeutique								
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								0,222*
Âge du sujet								
Alcool	X						-0,181	
Drogues	0,184	X					-0,153	0,231*
Santé physique	0,190		X					
Occupation				X	0,109			
État psychologique					X			
Relations interpersonnelles						X		
Relations familiales					0,144		X	0,154
Socio-judiciaire								X
F	4,764				2,383		3,089	4,959
Sig.	0,011				0,098		0,050	0,003
R ²	0,091				0,048		0,061	0,137

Note. * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$ X = la relation n'a pas été testée

Temps 3 : 18 mois après la fin du traitement

Des analyses de corrélations partielles et de régressions linéaires multiples sont réalisées pour le troisième et dernier temps de mesure. Le tableau 19 présente les résultats des analyses de corrélations partielles pour les jeunes ayant complété leur traitement. Quatre variables influencent positivement le score d'alcool au temps 3 : avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,173, p < 0,10$), l'âge ($pr = 0,194, p < 0,05$) ainsi que les scores de relations interpersonnelles ($pr = 0,204, p < 0,05$) et socio-judiciaire ($pr = 0,256, p < 0,01$). L'âge ($pr = 0,168, p < 0,10$), le score d'état psychologique ($pr = 0,176, p < 0,10$) et le score socio-judiciaire ($pr = 0,188, p < 0,05$) influencent positivement le score de drogues au temps 3. Les filles ($pr = -0,209, p < 0,05$) et les jeunes ayant un score élevé d'état psychologique ($pr = 0,228, p < 0,05$) sont associés à un score de santé physique élevé au temps 3. Cinq variables sont associées de façon positive au score d'occupation au temps 3 : être une fille ($pr = -0,225, p < 0,05$), avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,198, p < 0,05$), être plus âgé ($pr = 0,200, p < 0,05$) ainsi qu'avoir des scores élevés d'état psychologique ($pr = 0,193, p < 0,05$) et de relations familiales ($pr = 0,166, p < 0,10$). Avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($pr = 0,203, p < 0,05$), avoir reçu une ordonnance légale ($pr = 0,154, p < 0,10$), l'âge ($pr = 0,237, p < 0,01$) ou avoir des scores élevés d'alcool ($pr = 0,158, p < 0,10$) et de relations familiales ($pr = 0,154, p < 0,10$) sont des variables positivement associées au score d'état psychologique au temps 3. Le fait d'être une fille ($pr = -0,153, p < 0,10$) ou d'être plus âgé ($pr = 0,159, p < 0,10$) sont associés à un score élevé de relations interpersonnelles au temps 3. Avoir reçu une ordonnance légale ($pr = 0,204, p < 0,05$) et le score d'alcool ($pr = 0,233, p < 0,05$) sont liés de façon positive au temps 3 du score de relations familiales. Finalement, un score de drogues peu élevé ($pr = -0,213, p < 0,05$) ou le fait d'être un garçon ($pr = 0,185, p < 0,05$) sont des variables associées à un score socio-judiciaire élevé au temps 3.

Tableau 19. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117)

	Alcool T3	Drogues T3	Santé physique T3	Occupation T3	État psychologique T3	Relations interpersonnelles T3	Relations familiales T3	Socio-judiciaire T3
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,001	-0,026	-0,209*	-0,225*	-0,130	-0,153 †	-0,132	0,185*
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,173 †	0,101	0,030	0,198*	0,203*	0,149	0,099	0,135
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	0,095	0,045	0,152	0,095	0,154 †	0,105	0,204*	0,121
Âge du sujet	0,194*	0,168 †	0,068	0,200*	0,237**	0,159 †	0,081	-0,051
Alcool	X	0,088	-0,038	0,094	0,158 †	0,072	0,233*	0,069
Drogues	0,062	X	0,096	0,024	0,005	0,027	-0,034	-0,213*
Santé physique	-0,072	-0,092	X	0,024	0,129	0,004	0,128	-0,029
Occupation	0,001	0,067	0,100	X	0,084	0,067	0,116	-0,114
État psychologique	-0,008	0,176 †	0,228*	0,193*	X	0,073	0,132	0,009
Relations interpersonnelles	0,204*	0,047	0,099	0,118	0,137	X	0,122	0,048
Relations familiales	0,151	0,020	0,036	0,166 †	0,154 †	0,106	X	0,056
Socio-judiciaire	0,256**	0,188*	0,108	0,083	0,141	0,127	0,147	X

Note. † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ *** = $p < 0,001$ X = la relation n'a pas été testée

Les résultats des régressions linéaires multiples présentés au tableau 20 indiquent quelles sont les variables qui prédisent la condition post-traitement chez les jeunes qui complètent leur traitement. Chez les jeunes qui complètent leur traitement, ceux connaissant plus de difficultés légales-sociales ($\beta = 0,215$, $p < 0,50$) sont plus susceptibles d'avoir une consommation d'alcool problématique au temps 3 ($F = 3,761$, $p < 0,01$). Une consommation d'alcool problématique ($\beta = 0,207$, $p < 0,05$) prédit des relations familiales plus problématiques au temps 3 ($F = 5,220$, $p < 0,01$). Finalement, un score de drogues peu problématique au temps 0 ($\beta = -0,198$, $p < 0,05$) est prédicteur de problèmes socio-judiciaires plus importants au temps 3 ($F = 4,491$, $p < 0,05$). Les pourcentages de variance expliquée varient entre 5,0 % et 13,6 %. Bien que les modèles pour les scores de drogues ($F = 3,479$, $p < 0,05$), de santé physique ($F = 4,339$, $p < 0,05$), d'occupation ($F = 3,482$, $p < 0,01$) et d'état psychologique ($F = 2,836$, $p < 0,05$) atteignent le seuil de signification de $p = 0,05$, aucune des variables incluses dans le modèle ne l'est. Par ailleurs, le modèle cherchant à prédire le score de relations interpersonnelles au temps 3 n'atteint pas le seuil de signification de $p = 0,05$.

Tableau 20. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui complètent le traitement (n = 117)

	Alcool T3	Drogues T3	Santé physique T3	Occupation T3	État psychologique T3	Relations interpersonnelles T3	Relations familiales T3	Socio-judiciaire T3
Sexe (0 = F; 1 = H)			-0,147	-0,173		-0,157		0,167
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	0,035			0,133	0,155			
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA					0,061		0,174	
Âge du sujet	0,145	0,149		0,167	0,166	0,163		
Alcool	X				0,089		0,207*	
Drogues		X						-0,198*
Santé physique			X					
Occupation				X				
État psychologique		0,161	0,176	0,086	X			
Relations interpersonnelles	0,142					X		
Relations familiales				0,123	0,122		X	
Socio-judiciaire	0,215*	0,165						X
F	3,761	3,479	4,339	3,482	2,836	2,995	5,220	4,491
Sig.	0,007	0,018	0,015	0,006	0,019	0,054	0,007	0,013
R ²	0,118	0,085	0,071	0,136	0,113	0,050	0,084	0,073

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Une fois les variables prévisionnelles identifiées pour les jeunes ayant complété leur traitement, il importe de vérifier quelles sont celles qui prédisent l'abandon chez les jeunes ayant abandonné leur traitement (tableau 21). Chez les résidents qui abandonnent leur traitement, peu de variables sont liées de façon significative aux scores du temps 3. Cela était aussi le cas, rappelons-le, pour les temps 1 et 2. Seul le score de relations interpersonnelles ($p = 0,226$, $p < 0,05$) est positivement lié au score d'alcool au temps 3. Avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($p = 0,172$, $p < 0,10$) ainsi que des scores élevés d'état psychologique ($p = 0,211$, $p < 0,05$), de relations interpersonnelles ($p = 0,282$, $p < 0,01$) et socio-judiciaire ($p = 0,180$, $p < 0,10$) sont associés à un score élevé de santé physique au temps 3. Le score d'occupation au temps 3 est associé de façon positive au fait d'avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique ($p = 0,182$, $p < 0,10$) et d'avoir un score élevé de santé physique ($p = 0,224$, $p < 0,05$). Le score d'état psychologique au temps 3 est quant à lui positivement associé à trois variables : être une fille ($p = -0,175$, $p < 0,10$) ainsi qu'avoir des scores élevés d'alcool ($p = 0,186$, $p < 0,10$) et de relations interpersonnelles ($p = 0,242$, $p < 0,05$). Un score élevé de relations interpersonnelles au temps 3 est associé à un score élevé d'occupation ($p = 0,206$, $p < 0,05$). Les corrélations partielles ne révèlent aucune relation significative entre les variables indépendantes et les scores de relations familiales et socio-judiciaire au temps 3.

Tableau 21. Résultats des corrélations partielles identifiant les variables associées à la prédiction de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)

	Alcool T3	Drogues T3	Santé physique T3	Occupation T3	État psychologique T3	Relations interpersonnelles T3	Relations familiales T3	Socio-judiciaire T3
Sexe (0 = F; 1 = H)	0,023	-0,005	-0,003	0,014	-0,175 †	-0,112	-0,043	0,076
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	-0,090	-0,070	0,172 †	0,182 †	0,012	0,054	-0,092	0,128
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	-0,088	-0,001	-0,008	-0,055	0,019	-0,013	-0,063	0,146
Âge du sujet	-0,047	0,091	0,056	0,029	0,106	-0,030	0,034	-0,005
Alcool	X	0,091	0,082	0,008	0,186 †	0,025	0,095	-0,007
Drogues	0,114	X	0,139	0,033	0,041	0,019	0,061	0,102
Santé physique	0,146	-0,104	X	0,224*	0,100	0,107	0,153	0,095
Occupation	0,093	0,025	0,102	X	0,128	0,206*	0,164	0,007
État psychologique	-0,027	0,014	0,211*	0,038	X	0,110	-0,042	0,026
Relations interpersonnelles	0,226*	0,092	0,282**	0,098	0,242*	X	-0,026	-0,157
Relations familiales	0,161	0,101	0,166	0,109	-0,008	0,061	X	0,028
Socio-judiciaire	-0,085	0,013	0,180 †	0,084	-0,095	0,046	-0,016	X

Note. † = $p < 0,10$

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Les résultats des analyses de régressions linéaires multiples sont présentés au tableau 22. Rappelons que seules les relations trouvées significatives lors des corrélations partielles sont utilisées dans les régressions. Chez les jeunes qui abandonnent le traitement, ceux ayant des problèmes interpersonnels ($\beta = 0,226$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles de connaître une consommation d'alcool problématique au temps 3 ($F = 5,162$, $p < 0,05$). Un score problématique de santé physique au temps 3 ($F = 3,601$, $p < 0,01$) est prédit par les difficultés liées aux relations interpersonnelles ($\beta = 0,239$, $p < 0,05$). Les résidents qui n'en sont pas à leur premier séjour en communauté thérapeutique ($\beta = 0,203$, $p < 0,05$) ou ceux dont le score de santé physique était problématique avant l'entrée au traitement ($\beta = 0,242$, $p < 0,05$) sont plus susceptibles de vivre des difficultés dans leurs occupations au temps 3 ($F = 4,771$, $p < 0,05$). Les jeunes dont la consommation d'alcool est problématique ($\beta = 0,216$, $p < 0,05$) ou qui éprouvent davantage de difficultés interpersonnelles ($\beta = 0,210$, $p < 0,05$) sont plus à risque de vivre des difficultés psychologiques au temps 3 ($F = 4,078$, $p < 0,01$). Finalement, des problèmes liés aux occupations ($\beta = 0,206$, $p < 0,05$) sont prédicteurs de problèmes liés aux relations interpersonnelles au temps 3 ($F = 4,275$, $p < 0,05$). Notons que la variance expliquée varie entre 4,3 % et 13,4 %. Les modèles cherchant à prédire les scores de drogues, de relations familiales et socio-judiciaire n'ont pas été testés parce qu'aucune corrélation partielle n'avait atteint le seuil de signification de $p = 0,10$.

Tableau 22. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les variables prévisionnelles de la condition post-traitement au temps 3 chez les jeunes qui abandonnent le traitement (n = 98)

	Alcool T3	Drogues T3	Santé physique T3	Occupation T3	État psychologique T3	Relations interpersonnelles T3	Relations familiales T3	Socio-judiciaire T3
Sexe (0 = F; 1 = H)					-0,137			
A déjà séjourné en communauté thérapeutique			0,143	0,203*				
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA								
Âge du sujet								
Alcool	X				0,216*			
Drogues		X						
Santé physique			X	0,242*				
Occupation				X		0,206*		
État psychologique			0,063		X			
Relations interpersonnelles	0,226*		0,239*		0,210*	X		
Relations familiales							X	
Socio-judiciaire			0,161					X
F	5,162		3,601	4,771	4,078	4,275		
Sig.	0,025		0,009	0,011	0,009	0,041		
R ²	0,051		0,134	0,091	0,115	0,043		

Note. * = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

X = la relation n'a pas été testée

Les analyses de corrélations partielles et de régressions linéaires multiples précédentes permettent de constater que les variables prédisant la condition post-traitement ne sont pas les mêmes selon le statut d'abandon du jeune et selon les différents temps de suivi. Le tableau 23 compile tous les résultats significatifs des régressions des trois temps de mesure selon que le jeune ait complété (C) ou son traitement ou non (A). Une analyse des principales tendances pouvant être dégagées du tableau montre tout d'abord que seules les filles complétant leur traitement vivent des difficultés psychologiques aux temps 1 et 2. Aussi, seuls les jeunes complétant leur traitement qui ont déjà séjourné en communauté thérapeutique rapportent des difficultés liées au système judiciaire aux temps 1 et 2. Les jeunes ayant déjà reçu une ordonnance légale et qui abandonnent le traitement sont eux aussi plus susceptibles de connaître des difficultés socio-judiciaires aux temps 1 et 2. Qu'ils complètent ou abandonnent leur traitement, les jeunes ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique rapportent plus de difficultés liées à leurs occupations. Chez les jeunes qui complètent leur traitement, des difficultés liées à la consommation de drogues avant le traitement sont liées à moins de difficultés socio-judiciaires au temps 3. Toutefois, chez les jeunes qui abandonnent, les problèmes de consommation de drogues sont associés à davantage de difficultés socio-judiciaires au temps 2. Ces résultats seront approfondis dans la section discussion.

Tableau 23. Les variables prévisionnelles de la condition post-traitement pour chacun des temps de mesure selon le statut d'abandon

		Alcool		Drogues		Santé physique		Occupation		État psychologique		Relations interpersonnelles		Relations familiales		Socio-judiciaire	
		C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A
Sexe (0 = F; 1 = H)	T1					-				-							
	T2							-									
	T3																
A déjà séjourné en communauté thérapeutique	T1					+						+					+
	T2							+									+
	T3								+								
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA	T1																+
	T2																+
	T3																
Âge du sujet	T1																-
	T2																
	T3																
Alcool T0	T1																
	T2		X														
	T3									+				+			
Drogues T0	T1																
	T2																
	T3		+			X				+							+
Santé physique T0	T1																
	T2																
	T3																+
Occupation T0	T1																
	T2																
	T3																X
État psychologique T0	T1																
	T2																
	T3																X
Relations interpersonnelles T0	T1																
	T2																
	T3																+
Relations familiales T0	T1																
	T2																
	T3																X
Socio-judiciaire T0	T1																
	T2																
	T3																X

Note. + la relation est positive ; - la relation est négative ; C : complétion ; A : abandon; X : la relation n'a pas été testée

Discussion

L'abandon du traitement

Le premier objectif de ce mémoire était d'examiner la prédiction de l'abandon du traitement à partir des caractéristiques initiales du jeune. Un premier modèle englobait tous les participants à l'étude, tandis que le deuxième cherchait à différencier les résultats en fonction du sexe du résident. Les résultats les plus intéressants sont discutés dans cette section.

Avoir déjà séjourné en communauté thérapeutique

L'abandon est moins susceptible de survenir chez les jeunes qui ont déjà séjourné en communauté thérapeutique que chez ceux en sont à leur premier séjour. Cela va à l'inverse de la constatation de López-Goñi et ses collaborateurs (2008) qui rapportent que les adultes qui ont déjà séjourné dans une communauté thérapeutique risquent davantage d'abandonner. Il est possible que, comparativement aux adultes, les adolescents qui ont déjà séjourné en communauté thérapeutique ressentent plus fortement les attentes de succès que leurs proches ont envers eux. En effet, un deuxième séjour en centre de traitement pourrait être perçu comme une deuxième chance par le jeune et son entourage, ce qui le motiverait à compléter son traitement. Cette interprétation est appuyée par le constat de plusieurs études qui trouvent que les personnes référées par leur employeur ou par le système de justice ont des taux de complétion plus élevés que ceux qui y vont d'eux-mêmes (Green et al., 2002, en ce qui concerne les femmes; Mammo & Weinbaum, 1993; Perron & Bright, 2008; Siddal & Conway, 1988). Les jeunes, susceptibles d'être influencés par leurs proches, pourraient, tout comme les adultes référés par leurs employeurs ou le système de justice, ressentir plus nettement les attentes des proches et y répondre en conséquence.

Difficultés liées aux relations interpersonnelles

Les jeunes qui éprouvent davantage de difficultés liées aux relations interpersonnelles sont plus susceptibles d'abandonner leur traitement. À notre connaissance, aucune étude sur les variables prévisionnelles de l'abandon n'a examiné précisément l'influence des relations interpersonnelles sur l'abandon. Cependant, Siddal et Conway (1988) identifient le soutien social déficient comme facteur de risque d'abandon. Dans notre étude, il est vraisemblable que les jeunes qui éprouvent des difficultés interpersonnelles ne bénéficient pas d'un soutien efficace de leurs proches quant à leur démarche de rétablissement; ils seraient ainsi plus susceptibles d'abandonner leur

traitement. Dans les études futures, il conviendrait d'étudier plus spécifiquement le rôle du soutien social sur l'abandon. L'influence du soutien social dans le domaine de la santé (physique et mentale) est bien connue (Caron & Guay, 2005) et diverses mesures validées pourraient être utilisées.

Sexe

Lorsque les analyses sont réalisées séparément en fonction du sexe, c'est seulement chez les filles qu'un premier séjour en communauté thérapeutique et davantage de difficultés interpersonnelles prédisent l'abandon. Aucune variable ne permet de prévoir l'abandon du traitement chez les garçons. Les conclusions de la littérature ne convergent pas quant au sexe comme prédicteur de l'abandon. Certains auteurs rapportent que les hommes sont plus susceptibles d'abandonner leur traitement (López-Goñi et al., 2008; Maglione, Chao, & Anglin, 2000; Ravdal & Vaglum, 1991). D'autres, au contraire, identifient le sexe féminin comme prédicteur de l'abandon (Arfken et al., 2001; Jainchill et al., 1995; King & Canada, 2004; Mammo & Weinbaum, 1993; McCaul, Svikis, & Moore, 2001). Enfin, Green et ses collaborateurs (2002) ne trouvent aucune relation significative entre l'abandon du traitement et le sexe. Cependant, ils soutiennent que les facteurs prédicteurs de l'abandon varient en fonction du sexe. Nos résultats vont en ce sens. La disparité des résultats présentés dans les différentes études porte à croire que la relation entre le sexe et l'abandon demeure mal cernée. Soulignons que la majorité des études citées portent sur les adultes. Il est possible que le sexe soit associé à l'abandon de façon différente chez les adolescents.

Âge

Dans notre échantillon, l'âge de l'adolescent n'a pas d'influence sur l'abandon du traitement. Dans des études ne portant pas spécifiquement sur une population adolescente, l'âge est négativement associé à l'abandon (Green et al., 2002; Mammo & Weinbaum, 1993; López-Goñi et al., 2008; Maglione, Chao & Anglin, 2000; Mammo & Weinbaum, 1993; McKellar et al., 2006). Dans notre échantillon, les adolescents ont entre 13 et 18 ans. Cette variation est peut-être insuffisante pour que les jeunes diffèrent les uns des autres tant par leur histoire que par leurs conditions de vie.

Consommation problématique

Dans plusieurs études portant sur les adultes (Maglione, Chao, & Anglin, 2000; McKellar et al., 2006; Mertens & Weisner, 2000; Vendetti et al., 2002) et une étude portant sur les adolescents

(Feigelman, 1987), la consommation problématique de substances psychoactives prédit l'abandon du traitement. Ce n'est pas le cas dans l'étude réalisée auprès d'adultes traités à l'externe par McCaul, Svikis et Moore (2001) : les scores composés d'alcool et de drogues ne permettent pas de prédire l'abandon du traitement. Or, leur étude repose sur le questionnaire ASI (McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980), dont l'adaptation pour adolescents (en français) est l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 1999, 2003). Utilisant le même instrument (en version française pour adolescents), la présente étude n'a pas non plus observé de lien entre l'abandon du traitement et le profil de consommation de drogues ou d'alcool. Ce résultat soulève une interrogation : l'IGT-Ado et l'ASI seraient-ils inappropriés pour prédire l'abandon du traitement ? Par ailleurs, notons que la puissance statistique n'est peut-être pas assez importante.

Autres

Dans notre étude aucune relation n'est retrouvée entre l'abandon et les scores de santé physique, d'occupation, d'état psychologique, de relations familiales et socio-judiciaires. Pourtant, plusieurs auteurs rapportent des relations entre ces variables et l'abandon. De façon générale, davantage de difficultés liées à la stabilité sociale (Leigh, Ogborne, & Cleland, 1984), à la santé mentale (Hiller, Knight, & Simpson, 1999; Ravndal & Vaglum, 1991), aux relations familiales (Leigh, Ogborne, & Cleland, 1984) et au système socio-judiciaire (Gainey et al., 1993; Hiller, Knight, & Simpson, 1999) sont des prédicteurs de l'abandon du traitement. Notons qu'aucune étude portant sur la santé physique comme variable prévisionnelle de l'abandon n'a été recensée.

En bref, les résultats obtenus dans la présente étude ont été comparés à ceux rapportés dans la littérature quant à la possibilité de prédire l'abandon du traitement à partir des caractéristiques initiales du jeune. Alors que les conclusions des travaux antérieurs permettent assez bien de prédire l'abandon, c'est beaucoup moins le cas dans la présente étude. La mesure des variables prévisionnelles pourrait être en cause. En effet, dans notre étude, elles ont été mesurées par un outil clinique qui repose essentiellement sur les perceptions des jeunes. Cet instrument est-il approprié si les jeunes ne parviennent pas à reconnaître leurs difficultés? L'addition ou l'utilisation d'indices objectifs pourrait permettre de contrer une autoévaluation incorrecte des jeunes.

La prédiction de la condition post-traitement

Le deuxième objectif de mémoire était d'identifier quelles étaient les variables permettant de prédire la condition post-traitement des adolescents suite à leur passage en communauté thérapeutique. Deux modèles ont été testés, le premier considérant l'abandon comme variable prévisionnelle et le deuxième comparant les analyses en fonction du statut d'abandon. Dans ces deux modèles, peu de variables se sont révélées prévisionnelles de la condition post-traitement. Dans les prochaines sections, quelques tendances qui se dégagent néanmoins des résultats sont examinées.

L'abandon comme variable prévisionnelle

Lorsque l'abandon constitue une des variables prévisionnelles, trois tendances peuvent être dégagées. Tout d'abord, les résidents ayant abandonné leur traitement ont une consommation de drogues plus problématique aux temps 1 et 2, relation que plusieurs auteurs rapportent (Hawke, Jainchill, & De Leon, 2000; Williams & Chang, 2000; Winters, Stinchfield, Opland, Weller, & Latimer, 2000). Il est vraisemblable que les jeunes qui abandonnent leur traitement n'ont pas développé les compétences nécessaires pour contrer leur problème de consommation de drogues.

De plus, les filles perçoivent davantage de difficultés psychologiques, et ce, aux trois temps de mesure post-suivi. Cette relation est constatée chez les jeunes entre 12 et 19 ans : les filles ont une moins bonne perception de leur santé psychologique que les garçons (Statistique Canada, 2012). Aussi, chez les 15-24 ans, il est trouvé que 40,4% des femmes contre 26,6% des hommes ont un niveau élevé de détresse psychologique (Camirand & Nanhou, 2008). Les recherches trouvent qu'un plus grand pourcentage de filles que de garçons d'âge primaire vivent des problèmes intériorisés (Déry & Lapalme, 2006; Le Breton, 2005). Une autre interprétation possible de cette relation est que les répondantes ont peut-être été plus à l'aise de discuter avec l'intervieweur des problèmes liés à leur état psychologique suite au traitement. En effet, les femmes sont plus enclines que les hommes à aller chercher de l'aide pour des problèmes de santé psychologique (Oliver, Pearson, Coe, & Gunnell, 2005).

Finalement, les jeunes ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique sont plus susceptibles d'avoir davantage de difficultés socio-judiciaires. À notre connaissance, aucune étude ne semble avoir étudié cette relation. Il est vraisemblable que les jeunes qui en sont à leur deuxième séjour

en communauté thérapeutique aient une problématique importante et que le deuxième traitement ne les empêche pas de revenir à leurs anciennes habitudes et ainsi de rechuter.

La comparaison selon le statut d'abandon

Comme pour le premier modèle, seules quelques tendances se dégagent lorsque les analyses sont réalisées de façon indépendante en fonction du statut d'abandon. Encore une fois, les filles vivent davantage de difficultés psychologiques aux temps 1 et 2 suivant le traitement. Le deuxième modèle révèle toutefois que cette relation existe pour les filles complétant le traitement et non pour celles qui l'abandonnent. Les filles seraient-elles plus portées à maintenir leur engagement dans le traitement lorsqu'elles éprouvent des difficultés en cours de route? Ou encore lorsqu'elles se les admettent à elles-mêmes?

Dans le premier modèle, les résultats indiquaient que les jeunes ayant déjà séjourné en communauté thérapeutique sont plus susceptibles d'avoir des difficultés liées au système judiciaire après leur traitement. Les résultats du deuxième modèle apportent une nuance : seuls les jeunes qui complètent leur traitement et qui n'en sont pas à leur premier séjour rapporteront des difficultés liées au système socio-judiciaire. Les jeunes qui complètent leur traitement sont-ils réellement plus impliqués dans la délinquance que ceux qui abandonnent ? Si tel est le cas, ce résultat mériterait d'être scruté ultérieurement (peut-être selon une approche qualitative) pour mieux comprendre les effets du traitement sur la délinquance.

Une autre caractéristique peut prédire les difficultés liées au système socio-judiciaire. Chez les jeunes qui abandonnent, ceux ayant déjà reçu une ordonnance légale sont plus susceptibles d'avoir encore des problématiques liées au système socio-judiciaire aux temps 1 et 2. Il est reconnu que les antécédents judiciaires sont un prédicteur d'une implication criminelle future. En effet, plusieurs instruments validés d'évaluation du risque de récidive criminelle, tel que le Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) (Hoge & Andrews, 2010), accordent un poids important aux antécédents criminels.

Les jeunes qui n'en sont pas à leur premier séjour en communauté thérapeutique rapportent davantage de difficultés liées à leurs occupations, qu'ils complètent ou abandonnent leur traitement (respectivement au temps 2 et au temps 3). Cela contraste avec l'étude de Berg (2003) qui rapporte que plusieurs adultes peuvent acquérir pendant leur traitement les outils nécessaires à une meilleure stabilité à l'école ou au travail. Les adolescents auraient-ils davantage de difficulté que les adultes à vivre un retour à la « vie normale » après un retrait

important ? Les programmes de traitement chez les jeunes et chez les adultes insisteraient-ils différemment sur cet aspect?

Comme l'affirme Brochu (2006), la relation entre la consommation de drogues et le crime est complexe. Dans notre étude, la concomitance de deux résultats va en ce sens. Un premier résultat indique qu'une consommation problématique de drogues avant le traitement est associée à moins de difficultés socio-judiciaires pour les jeunes complétant le traitement (au temps 3), mais à davantage de difficultés socio-judiciaires pour les jeunes qui abandonnent (au temps 2). L'importance de compléter le traitement ressort ici pour les jeunes qui connaissaient une consommation problématique de drogues. Les outils acquis lors du traitement les aideraient à se retirer du milieu délinquant. Cependant, les implications d'un deuxième résultat contredisent quelque peu cette interprétation. C'est uniquement chez les jeunes qui complètent leur traitement que les difficultés socio-judiciaires prédisent la consommation problématique d'alcool aux temps 2 et 3. Ainsi, les jeunes qui ont des difficultés socio-judiciaires avant leur traitement et qui complètent ce traitement sont plus susceptibles d'avoir une consommation problématique d'alcool. Comment expliquer que la complétion du traitement entraîne chez ces jeunes délinquants une augmentation de leur problématique de consommation? Peut-être que les jeunes complétant leur traitement ressentent davantage le besoin de consommer de l'alcool, une substance légale. Rappelons ici, tel que proposé plus haut, que les scores composés se basent sur la perception que les jeunes ont de leurs problématiques. Ces perceptions, couplées à la possibilité que les jeunes complétant leur traitement aient appris à reconnaître leurs problématiques en traitement et à la révéler à l'intervieweur, pourraient être responsables de la relation constatée. Encore ici, des indicateurs plus objectifs devraient être utilisés dans des études subséquentes.

Limites de l'étude

Examinons les limites de la présente étude. Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale sans groupe contrôle. La présence d'un groupe contrôle aurait permis de mieux apprécier l'impact du traitement sur les différentes sphères de vie des jeunes. L'échantillon est modeste, ce qui influe sur la régression logistique, particulièrement sensible au nombre de cas inclus dans l'analyse. Un échantillon plus considérable permettrait possiblement de faire ressortir plus clairement les relations entre les facteurs de risque et l'abandon du traitement. De plus, la puissance statistique est diminuée lorsque le nombre de cas est réduit, ce qui peut occasionner une erreur de type II.

Pour répondre à cette possibilité, la suggestion de Hosmer et Lemeshow (1989) proposant d'utiliser un critère de signification de $p = 0,10$ a été retenue. Ce critère plus laxiste se justifie d'ailleurs par le caractère novateur et exploratoire de ce mémoire.

Les scores composés de l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) reposent essentiellement sur les perceptions du jeune résident. Les données ainsi obtenues sont en partie auto-révélées et subjectives. Elles peuvent donc être sujettes à une distorsion de la réalité. Par un effet de désirabilité sociale (Richman, Kiesler, Weisband, & Drasgow, 1999), des jeunes pourraient produire des réponses selon ce qu'ils croient être le plus approprié. Ainsi, des jeunes peuvent identifier différentes problématiques à l'école, avoir échoué une année scolaire et avoir été expulsés à quelques reprises, mais déclarer ne pas avoir de problèmes au niveau de leurs occupations. Comme les scores se basent sur l'évaluation subjective du jeune, certains pourraient être biaisés. Notons que l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) a été développé dans une optique d'évaluation clinique et non pas de critères relatifs à la recherche scientifique.

Il convient de souligner deux limites de l'entrevue téléphonique comme mode de collecte de données. Tout d'abord, elle ne permet pas à l'intervieweur de décoder et d'utiliser le langage non verbal des participants (Bureau du vérificateur général du Canada, 2007). De plus, les participants ont tendance à sous-déclarer la fréquence de comportements plus sensibles, comme la consommation de drogues, comparativement à ce qu'ils répondent dans un questionnaire auto administré (Beck & Peretti-Watel, 2001). Par contre, l'entrevue téléphonique pourrait avoir des avantages sur l'entrevue en face à face, en favorisant le partage de réponses plus délicates (Rosenbaum, Rabenhorst, Reddy, Fleming, & Howells, 2007).

Formés pour remplir le questionnaire aux fins cliniques et non de recherche, il est possible que les intervenants aient généré des valeurs manquantes, n'appréciant pas l'importance scientifique de noter certaines réponses. Compte tenu du grand nombre de valeurs manquantes et de la perte de puissance statistique en omettant de traiter tous les cas pour lesquels une donnée était manquante, la moyenne a été attribuée à un grand nombre de valeurs manquantes. Bien que cette méthode ait comme avantage de ne pas faire fluctuer les valeurs moyennes, elle peut, entre autres, entraîner des erreurs de type II et sous-estimer la force des corrélations (Acock, 2005).

De plus, l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) ne permet pas d'évaluer les conditions associées au déroulement du traitement susceptibles d'influer sur l'abandon et la condition post-traitement. Or, des études récentes soulignent toute l'importance de ces facteurs

dynamiques, comparativement aux facteurs antérieurs au traitement considérés dans la présente étude. Ainsi, des facteurs tels que la perception du soutien (McKellar et al., 2006) et la motivation (Ball, Carroll, Cannin-Ball, & Rounsaville, 2006; Brunelle et al., 2010; Brochu & Schneeberger, 2001; Joe, Simpson, & Broome, 1998; Schroder, Sellman, Frampton, & Deering, 2009) joueraient un rôle déterminant. De plus, les relations développées avec les intervenants (McKellar et al., 2006; Schroder et al., 2009), voire l'alliance thérapeutique (Cournoyer et al., 2007; Meier et al., 2006), sont également des facteurs qui influenceraient l'abandon. L'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999) est un outil largement répandu dans les traitements pour jeunes toxicomanes; l'addition de facteurs dynamiques relatifs au traitement permettrait vraisemblablement de mieux comprendre les facteurs de risque de l'abandon du traitement et la condition post-traitement.

Conclusion

Ce mémoire cherchait à identifier les variables permettant de prédire l'abandon et la condition post-traitement d'adolescents admis à la communauté thérapeutique Portage. Les écrits scientifiques portant sur ces sujets étaient quelque peu désuets et portaient majoritairement sur une clientèle adulte. Il devenait donc nécessaire d'effectuer une étude sur la réalité des adolescents d'aujourd'hui. Au meilleur de notre connaissance, la présente étude est la première sur la réalité des adolescents québécois admis en communauté thérapeutique. L'étude innove aussi en identifiant des variables prévisionnelles de l'abandon et de la condition post-traitement de cette clientèle. Certains résultats de l'étude portent à réfléchir aux contextes dans lesquels les jeunes se retrouvent après leur séjour en communauté thérapeutique. Comme les filles perçoivent davantage de difficultés psychologiques après leur traitement, il conviendrait de leur offrir un encadrement approprié et des outils pour surmonter cette détresse et favoriser leur santé mentale. De plus, l'étude montre que la condition post-traitement des adolescents est étroitement liée aux problèmes relatifs au système judiciaire. Mieux comprendre comment s'orchestre la relation drogue et criminalité pour les clientèles des centres jeunesse prend ici toute son importance.

Toutefois, si quelques relations significatives entre les variables à l'étude ont été constatées, la majorité des relations rapportées antérieurement n'a pas été observée. La possibilité que l'IGT-Ado (Germain, Landry & Bergeron, 2003, 1999), comprenant des mesures autorapportées, ne soit pas l'outil idéal pour identifier les variables prévisionnelles de l'abandon et de la condition post-traitement a été soulevée. Le recours à des variables plus objectives permettrait vraisemblablement de mieux déterminer les variables qui permettent de prédire l'abandon et la condition post-traitement chez cette population.

Outre les caractéristiques initiales étudiées, d'autres variables sont susceptibles d'influencer l'abandon du traitement et la condition post-traitement, et par conséquent la rééducation des clients. Parmi ces variables, l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et le résident mériterait notamment d'être prise en compte. Aussi, le type de traitement peut certainement jouer dans l'identification des variables prévisionnelles de l'abandon et de la condition post-traitement de l'adolescent. Une étude comparative entre les adolescents en communauté thérapeutique et ceux participant à un traitement intensif à l'externe pourrait permettre d'éclaircir certaines relations.

Afin de mieux identifier les jeunes les plus susceptibles de compléter leur traitement et de se réadapter, il conviendra, dans de futures études, de considérer un plus grand éventail de variables explicatives.

Références

- Acock, A.C. (2005). Working with missing values. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1012-1028.
- Anderson, D.J., McGovern, J.P., & Dupont, R.L. (1999). The origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment: a first person addiction. *Journal of Addictive Diseases*, 18 (1), 107-114.
- Anderson, K.G., Ramo, D.E., Schulte, M.T., Cummins, K., & Brown, S.A. (2007). Substance use treatment outcomes for youth: Integrating personal and environmental predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 42-48.
- Arfken, C.L., Klein, C., di Menza, S., Schuster, C.R., (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 20, 53-57.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychology Bulletin*, 82, 138-83.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Cannin-Ball, M., & Rounsaville, B.J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320-330.
- Beck, F., & Peretti-Watel, P. (2001). Les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents selon le mode de collecte. *Population*, 56(6), 963-985.
- Berg, J.E. (2003). Mortality and return to work of drug abusers from therapeutic community treatment 3 years after entry. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 5 (4), 164-167.
- Born, M., & Gabvray, C. (2002). Deviant trajectories at the turning point between adolescence and adulthood. Dans S. Brochu, C., Da Agra & M.-M. Cousineau (dir.), *Drugs and Crime Deviant Pathways* (97-114). Hampshire, Angleterre : Ashgate.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité : une relation complexe* (2^e éd.). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., & Schneeberger, P. (2001). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. In M. Landry, L. Guyon, & S. Brochu (Eds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises* (pp. 73-94). Saint-Nicolas, Qc : Les Presses de l'Université Laval.
- Broekaert, E. (2001). Therapeutic communities for drug users: Description and overview. Dans B. Rawlings & R. Yates (dir.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users* (p. 29 - 42). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Broekaert, E., Vandavelde, S., Schuyten, G., Erauw, K., & Bracke, R. (2004). Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers. *Addictive Behaviors, 29*, 231-244.
- Brown, S.A., D'Amico, E.J., McCarthy, D.M., & Tapert, S.F. (2001). Four-year outcomes from adolescent alcohol and drug treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 381-388.
- Brunelle, N., Bertrand, K., Tremblay, J., Arseneault, C., Landry, M., Bergeron, J., & Plourde, C. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société, 9* (1), 211-247.
- Bureau du vérificateur général du Canada. (2007). Partie 7 : avantages et inconvénients de diverses méthodes de collecte des données auprès d'individus. Repéré à http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/meth_gde_f_19728.html
- Bunt, G.C., Muehlback, B., & Moed, C.O. (2008). The therapeutic community: an international perspective. *Substance Abuse, 29* (3), 81-87.
- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005: Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_sept08.pdf
- Canadian network of substance abuse and allied professionals (2010). The essentials of... Treating Youth Substance Abuse. Repéré à <http://www.cnsaap.ca/SiteCollectionDocuments/PT-Essentials%20of%20Treating%20Youth%20Substance%20Abuse-20100823-e.pdf>
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 15-41.
- Chassin, L., Knight, G., Vargas-Chanes, D., Losoya, S.H., & Naranjo, D. (2009). Substance use treatment outcomes in a sample of male serious juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 183-194.
- Clemmey, P., Payne, L., & Fishman, M. (2004). Clinical characteristics and treatment outcomes of adolescent heroin users. *Journal of Psychoactive Drugs, 36* (1), 85-94.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin 112*, 155-159.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences: second edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cook, C.C.H. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction, 83*, 625-634.
- Corning, A. F., & Malofeeva, E. V. (2004). The application of survival analysis to the study of psychotherapy termination. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 354-367.

Cournoyer, L.G., Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, 102, 1960-1970.

De Leon, G. (1999). Therapeutic Communities. Dans P. J. Ott, R. E. Tarter & R. T. Ammerman (dir.), *Sourcebook on Substance Abuse: Etiology, Epidemiology, Assessment, and Treatment* (pp. 121-136). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community : Theory, model, and method*. New York, NY : Springer Publishing Company, Inc.

Déry, M., & Lapalme, M. (2006). Les filles qui reçoivent des services de l'école primaire pour troubles de comportement. Dans P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles* (pp. 257-280). Sainte-Foy, Québec : Presse de l'Université du Québec.

Farabee, D., Shen, H., Hser, Y.-I., Grella, C.E., & Anglin, M.D. (2001). The effect of drug treatment on criminal behavior among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16 (6), 679-696.

Feigelman, W. (1987). Day-care treatment for multiple drug abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 335 - 344.

Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J.J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research and Theory*, 18(4), 433-441.

Fisher, R. A. (1925). *Statistical Methods for Research Workers* (1^{ère} éd.), Édimbourg, Royaume-Uni: Oliver & Boyd.

Friedman, A.S., Terras, A., & Ali, A. (1998). Differences in characteristics of adolescent drug abuse clients that predict to improvement: for inpatient treatment versus outpatient treatment. *Journal of Child Adolescent Substance Abuse*, 7 (3), 97-119.

Friedman, A.S., Terras, A., & Kreisher, C. (1995). Family and client characteristics as predictors of outpatient treatment outcome for adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse*, 7, 345-356.

Gainey, R.R., Wells, E.A., Hawkins, J.D., & Catalano, R.F. (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. *The International Journal of the Addictions*, 28 (6), 487-505.

Gauthier, B., Bertrand, K., & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles, Générations*, 13, 129-150.

Germain, M., Landry, M., Bergeron, J. (2003, 1999). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).

Gouvernement du Québec. (2008). Programme national de santé publique : 2003-2012 mise à jour 2008. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. (2009). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

Green, C.A., Polen, M.R., Dickinson, D.M., Lynch, F.L., & Bennett, M.D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 285–295.

Harrison, P.A., Fulkerson, J.A., & Beebe, T.J. (1998). DSM-IV substance use disorder criteria for adolescents: a critical examination based on a statewide school survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 486–492.

Hawke, J.M., Jainchill, N., & De Leon, G. (2000). Adolescent amphetamine users in treatment: client profiles and treatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (1), 95-105.

Hiller, M.L., Knight, K., & Simpson, D.D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79, 411-430.

Hoge, R. D. Andrews, D. A. (2010). *Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0 (YLS/CMI 2.0) user's manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Hosmer, D., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York, NY : Wiley.

Hser, Y.-I., Grella, C.E., Hubbard, R.L., Hsieh, S.C., Fletcher, B.W., Brown, B.S., Anglin, M.D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58, 689-695.

Institut national de santé publique du Québec. (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois: conséquences et facteurs associés*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1102_UsageSubsPsychoactivesJeunes.pdf

Jainchill, N., Bhattacharya, G., & Yagelka, J. (1995). Therapeutic communities for adolescents. Dans E. Rahdert and D. Czechowicz (dir.), *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions* (p. 190-217). (NIDA Research Monograph 156). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service.

Jainchill, N., Hawke, J., Messina, M. (2005). Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Substance Use & Misuse*, 40, 975-996.

Joe, G.W., Simpson, D.D., & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93 (8), 1177-1190.

Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: Evidence-based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports*, 4, 397-401.

King, A.C., & Canada, S.A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 189-195.

Krampe, H., Stawicki, S., Ribbe, K., Wagner, T., Bartels, C., Kroener-Herwig, B., & Ehrenreich, H. (2009). Development of an outcome prediction measure for alcoholism therapy by multimodal monitoring of treatment processes. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 30-47.

Labovitz, S. (1968). Criteria for Selecting a Significance Level: A Note on the Sacredness of .05. *The American Sociologist*, 3(3), 220-222.

Landry, M., Bergeron, J., Provost, G., Germain, M., & Guyon, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et les adolescentes : étude des qualités psychométriques*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.

Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2 (1), b-15.

Latimer, W.W., Winters, K.C., Stinchfield, R., & Traver, R.E. (2000). Demographic, individual, and interpersonal predictors of adolescent alcohol and marijuana use following treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (2), 162-173.

Le Breton, D. (2005). Conduites à risque à l'adolescence: spécificité des filles et des garçons. Approche anthropologique. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 33, 39-43.

Leshner, A.I. (1997). The national institute on drug abuse (NIDA) Drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4), 211-215.

Leigh, G., Ogborne, A.C., & Cleland, P. (1984). Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 359-362.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J. (1996). Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction*, 91, 375-390.

López-Goñi J.J., Fernández-Montalvo J., Illescas C., Landa N., & Lorea I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17, 374-378.

Maglione, M., Chao, B., & Anglin, M.D. (2000). Correlates of outpatient drug treatment dropout among methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 221-228.

Mammo, A., & Weinbaum, D.F. (1993). Some factors that influence dropping out from outpatient alcoholism treatment facilities. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 92-101.

McCaul, M.E., Svikis, D.S., & Moore, R.D. (2001). Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 9-17.

McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Predictors of outcome for patients with substance-use disorders five years after treatment dropout. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 685-693.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 168(1), 26-33.

Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R.F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57-64.

Mertens, J.R., & Weisner, C.M. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in a HMO. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (10), 1525-1533.

Moos, R.H., & Moos, B.S. (2005). Sixteen-year changes and stable remission among treated and untreated individuals with alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 337-347.

Morrall, A. R., McCaffrey, D. F., & Ridgeway, G. (2004). Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youth entering Phoenix Academy or Alternative Probation Dispositions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (3), 257-268.

Oliver, M.I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.

Ottenberg, D., Broekaert, E., & Kooyman, M. (1993). What cannot be changed in a therapeutic community? Dans E. Broekaert and G. Van Hove, (Éd.). *Special Education Ghent 2: Therapeutic Communities*. Gand, Belgique: vzw OOBBC.

Quimette, P.C., Finney, J.W., & Moos, R.H. (1997). Twelves-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (2), 230-240.

Pekarik G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (1), 114-123.

Perfas, F.B. (2003). *Therapeutic community: a practice guide*. Lincoln, NE: iUniverse, Inc.

Perron, B.E., & Bright, C.L. (2008). The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 123-131.

Plourde, C., & Quirion, B. (2010). Mot de présentation: trente and d'intervention psychosociale au Québec : quatre témoins privilégiés dressent un bilan. *Drogues santé et société*, 9 (1), 7-35.

Pompi, K.F. (1994). Adolescents in therapeutic communities: Retention and posttreatment outcome. *NIDA Research Monographs*, 144, 128-161.

Portage (2011). *Portage pour vaincre la toxicomanie*. Repéré à <http://portage.ca/fr/>

Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.

Ravndal, E., & Vaglum, P. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (3), 217-222.

Richman, W.L., Kiesler, S., Weisband, S., & Drasgow, F. (1999). A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administrated questionnaires, tradition questionnaires, and interviews. *Journal of Applied Psychology*, 84(5), 754-775.

Rosenbaum, A., Rabenhorst, M.M., Reddy, M.K., Fleming, M.T., & Howells, N.L. (2007). A comparison of methods for collecting self-report data on sensitive topics. *Violence and Victims*, 21 (4), 461-471.

Rounds-Bryant, J.L., & Staab, J. (2001). Patient characteristics and treatment outcomes for African American, Hispanic, and White adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16 (6), 624-641.

Saarnio, P., & Knuuttila, V. (2003). A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *Journal of Substance Use*, 8, 33-38.

Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C., & Deering, D. (2009). Youth retention: Factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review*, 28, 663-668.

Shane, P.A., Jasiukaitis, P., & Green, R.S. (2003). Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: the relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. *Evaluation and Program Planning*, 26, 393-402.

Siddal, J.W., & Conway, G.L. (1988). Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *The International Journal of the Addictions*, 23 (12), 1241-1254.

Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12 (1), 93-116.

Statistique Canada (2012). Santé perçue, 2011. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11665-fra.htm>.

Stigler, S. (2008). Fisher and the 5% level. *Chance*, 21(4), 12.

Van Kammen, W.B., & Loeber, R. (1994). Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *The Journal of Drug Issues*, 24 (1), 9-24.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R.C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-22.

Vendetti, J., McRee, B., Miller, M., Christiansen, K., Herrell, J., & The Marijuana Treatment Project Research Group. (2002). Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence. *Addiction*, 97 (1), 125-134.

Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9 (3), 243-248.

Weisner, C., Matzger, H., & Kaskutas, L.A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependant individuals. *Addiction*, 98, 901-911.

Williams, R. J. & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (2), 138-166.

Winters, K.C. (1999). Treating adolescents with substance use disorders: an overview of practice issues and treatment outcome. *Substance Abuse*, 20 (4), 203-225.

Winters, K. C., Lee, S., Stinchfield, R. D., & Latimer, W. W. (2008). Interplay of psychosocial factors and the long-term course of adolescents with a substance are disorder. *Substance Abuse*, 29, 107-119.

Winters, K.C., Stinchfield, R.D., Opland, E., Weller, C. & Latimer, W.W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95 (4), 601-612.

Young, D.W., Dembo, R., & Henderson, C.E. (2007). A national survey of substance abuse treatment for juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32 (3), 255-266.

ANNEXE I

COMPOSITION DES SCORES COMPOSÉS

Score alcool

Nom de la variable	Question
Q0_2_9_1_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé de l'alcool?
Q0_2_27_1_0	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours as-tu éprouvé des difficultés par rapport à ta consommation d'alcool?
Q0_2_28_1_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été perturbé(e) ou préoccupé(e) par ta consommation d'alcool?
Q0_2_29_1_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide pour ta consommation d'alcool?

Score drogues

Nom de la variable	Question
Q0_2_9_2_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé du cannabis?
Q0_2_9_3_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé des hallucinogènes?
Q0_2_9_4_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé des amphétamines, du speed ou du ritalin?
Q0_2_9_5_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé de la cocaïne?
Q0_2_9_6_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé un inhalant, de la colle ou du solvant?
Q0_2_9_7_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé de l'héroïne ou des opiacés?
Q0_2_9_8_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé des sédatifs ou des tranquillisants?
Q0_2_9_9_1	Dans les trente derniers jours, combien de jours as-tu consommé des barbituriques?
Q0_2_27_2_0	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours as-tu éprouvé des difficultés par rapport à ta consommation de drogues?
Q0_2_28_2_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été perturbé(e) ou préoccupé(e) par ta consommation de drogues?
Q0_2_29_2_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide pour ta consommation de drogues?

Score santé physique

Nom de la variable	Question
Q0_3_44_1_0	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours as-tu éprouvé des problèmes de santé physique?
Q0_3_45_0_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés de santé physique?
Q0_3_46_0_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés de santé physique?

Score occupation

Nom de la variable	Question
Q0_4_76_1_0	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés à l'école, au travail ou dans tes loisirs? (nombre de jours)
Q0_4_77_0_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés dans tes occupations?
Q0_4_78_0_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés dans tes occupations?

Score d'état psychologique

Nom de la variable	Question
Q0_5_84_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu perdu de l'intérêt pour des choses qui ont déjà été importantes pour toi, été extrêmement fatigué(e), eu peu d'énergie, été triste, sans espoir (pleuré fréquemment)?
Q0_5_85_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu souffert d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, d'incapacité de se détendre ou de dormir)?
Q0_5_86_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu éprouvé des difficultés à comprendre, à te concentrer ou à te souvenir, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU DALCOOL?
Q0_5_87_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu eu des pensées d'échec, eu une confiance diminuée, été extrêmement timide (gêné(e))?
Q0_5_88_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu été agité(e), surexcité(e) (incapable de rester en place, extrêmement distrait(e))?
Q0_5_89_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu eu des pertes de contrôle de soi (en colère, impulsif(ve)), été extrêmement hostile ou physiquement violent(e)?
Q0_5_90_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu intentionnellement violé des règles (avoir refusé d'obéir, été rebelle, avoir dérangé ou provoqué intentionnellement les autres)?
Q0_5_91_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu été constamment et exagérément préoccupé(e) par la nourriture, ton poids et ta taille?
Q0_5_92_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu souffert d'hallucinations (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée est brève), NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU DALCOOL?
Q0_5_93_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu été exagérément méfiant(e) envers les autres (se sentir surveillé(e), attaqué(e) ou trompé(e) sans raison suffisante), NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU DALCOOL?
Q0_5_95_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?
Q0_5_96_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu tenté de te suicider?
Q0_5_97_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu tenté de te blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?
Q0_5_98_1_0x	Dans les 30 derniers jours, as-tu pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?
Q0_5_102_1_0	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés psychologiques ou émotionnelles?
Q0_5_103_0_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés psychologiques ou émotionnelles?
Q0_5_104_0_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés psychologiques?

Score de relations interpersonnelles

Nom de la variable	Question
Q0_6_119_1_0	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés dans tes relations avec des personnes autres que ta famille (y compris l'isolement et la solitude)?
Q0_6_120_0_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés dans tes relations interpersonnelles (y compris l'isolement et la solitude)?
Q0_6_121_0_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés dans tes relations interpersonnelles?

Score de relations familiales

Nom de la variable	Question
Q0_7_145_1_0	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés avec ta famille?
Q0_7_146_0_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés avec ta famille?
Q0_7_147_0_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés avec ta famille ?

Score socio-judiciaire

Nom de la variable	Question
Q0_8_150_0_0x	As-tu déjà été l'objet d'un signalement en vertu de la Loi sur la Protection de la Jeunesse ou as-tu déjà fait une demande d'aide au réseau social (en vertu de la LPJ ou LSSSS)?
Q0_8_166_0_0x	Es-tu présentement en instance d'accusation, en attente de procès ou d'ordonnance (décision)?
Q0_8_174_1_0	Au cours des 30 derniers jours, combien de jours as-tu éprouvé des difficultés avec le système social ou judiciaire?
Q0_8_175_0_0	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure as-tu été préoccupé(e) ou perturbé(e) par ces difficultés au niveau du système social ou judiciaire?
Q0_8_176_0_0	Dans quelle mesure te semble-t-il important d'obtenir de l'aide pour ces difficultés au niveau du système social et judiciaire ?

ANNEXE II

REPLACEMENT DES VALEURS MANQUANTES

Variables socio-démographiques

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Complétion/abandon	0	-
Âge	0	-
Objet d'un signalement LPJ	15	N/A
Objet ordonnance ou mesure rechange LJC	18	N/A
Traitement antérieur	0	-

Temps 0

Score alcool

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_2_9_1_1	0	-
Q0_2_27_1_0	1	5,08
Q0_2_28_1_0	1	4,13
Q0_2_29_1_0	1	0,83

Score drogues

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_2_9_2_1	1	17,17
Q0_2_9_3_1	1	3,38
Q0_2_9_4_1	0	-
Q0_2_9_5_1	1	3,27
Q0_2_9_6_1	5	0,04
Q0_2_9_7_1	2	0,25
Q0_2_9_8_1	2	1,44
Q0_2_9_9_1	7	0,00
Q0_2_27_2_0	1	19,09
Q0_2_28_2_0	1	2,91
Q0_2_29_2_0	2	3,15

Score santé physique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_3_44_1_0	1	9,26
Q0_3_45_0_0	1	1,41
Q0_3_46_0_0	1	1,09

Score occupation

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_4_76_1_0	48	13,75
Q0_4_77_0_0	49	1,97
Q0_4_78_0_0	49	2,19

Score d'état psychologique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_5_84_1_0x	2	0,635
Q0_5_85_1_0x	1	0,586
Q0_5_86_1_0x	1	0,492
Q0_5_87_1_0x	2	0,511
Q0_5_88_1_0x	1	0,402
Q0_5_89_1_0x	1	0,603
Q0_5_90_1_0x	2	0,661
Q0_5_91_1_0x	1	0,256
Q0_5_92_1_0x	1	0,090
Q0_5_93_1_0x	2	0,262
Q0_5_95_1_0x	1	0,205
Q0_5_96_1_0x	2	0,039
Q0_5_97_1_0x	1	0,133
Q0_5_98_1_0x	1	0,189
Q0_5_102_1_0	2	16,84
Q0_5_103_0_0	1	2,60
Q0_5_104_0_0	1	5,52

Score de relations interpersonnelles

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_6_119_1_0	2	8,27
Q0_6_120_0_0	2	1,89
Q0_6_121_0_0	1	1,41

Score de relations familiales

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_7_145_1_0	1	12,39
Q0_7_146_0_0	1	2,29
Q0_7_147_0_0	1	1,96

Score socio-judiciaire

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_8_150_0_0x	15	N/A donc élimination de ces cas
Q0_8_166_0_0x	0	-
Q0_8_174_1_0	6	3,34
Q0_8_175_0_0	4	0,90
Q0_8_176_0_0	4	0,72

Temps 1

Score alcool

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_2_3_1_1	0	-
Q1_2_5_1_0	0	-
Q1_2_6_1_0	0	-
Q1_2_7_1_0	0	-

Score drogues

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_2_9_2_1	0	-
Q1_2_9_3_1	0	-
Q1_2_9_4_1	0	-
Q1_2_9_5_1	0	-
Q1_2_9_6_1	0	-
Q1_2_9_7_1	0	-
Q1_2_9_8_1	0	-
Q1_2_9_9_1	0	-
Q1_2_27_2_0	0	-
Q1_2_28_2_0	0	-
Q1_2_29_2_0	1	0,76

Score santé physique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_3_44_1_0	0	-
Q1_3_45_0_0	0	-
Q1_3_46_0_0	0	-

Score occupation

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_4_76_1_0	0	-
Q1_4_77_0_0	0	-
Q1_4_78_0_0	0	-

Score d'état psychologique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_5_84_1_0x	0	-
Q1_5_85_1_0x	0	-
Q1_5_86_1_0x	0	-
Q1_5_87_1_0x	0	-
Q1_5_88_1_0x	0	-
Q1_5_89_1_0x	0	-
Q1_5_90_1_0x	0	-
Q1_5_91_1_0x	0	-
Q1_5_92_1_0x	0	-
Q1_5_93_1_0x	0	-
Q1_5_95_1_0x	0	-
Q1_5_96_1_0x	0	-
Q1_5_97_1_0x	0	-
Q1_5_98_1_0x	0	-
Q1_5_102_1_0	0	-
Q1_5_103_0_0	0	-
Q1_5_104_0_0	0	-

Score relations interpersonnelles

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_6_119_1_0	0	-
Q1_6_120_0_0	0	-
Q1_6_121_0_0	0	-

Score de relations familiales

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q1_7_145_1_0	0	-
Q1_7_146_0_0	0	-
Q1_7_147_0_0	0	-

Score socio-judiciaire

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_8_150_0_0x	15	N/A donc élimination de ces cas
Q1_8_166_0_0x	0	-
Q1_8_174_1_0	0	-
Q1_8_175_0_0	0	-
Q1_8_176_0_0	0	-

Temps 2

Score alcool

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_2_3_1_1	0	-
Q2_2_5_1_0	0	-
Q2_2_6_1_0	0	-
Q2_2_7_1_0	0	-

Score drogues

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_2_9_2_1	0	-
Q2_2_9_3_1	0	-
Q2_2_9_4_1	0	-
Q2_2_9_5_1	0	-
Q2_2_9_6_1	0	-
Q2_2_9_7_1	0	-
Q2_2_9_8_1	0	-
Q2_2_9_9_1	0	-
Q2_2_27_2_0	0	-
Q2_2_28_2_0	0	-
Q2_2_29_2_0	0	-

Score santé physique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_3_44_1_0	0	-
Q2_3_45_0_0	0	-
Q2_3_46_0_0	0	-

Score occupation

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_4_76_1_0	0	-
Q2_4_77_0_0	0	-
Q2_4_78_0_0	0	-

Score d'état psychologique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_5_84_1_0x	0	-
Q2_5_85_1_0x	0	-
Q2_5_86_1_0x	0	-
Q2_5_87_1_0x	0	-
Q2_5_88_1_0x	0	-
Q2_5_89_1_0x	0	-
Q2_5_90_1_0x	0	-
Q2_5_91_1_0x	0	-
Q2_5_92_1_0x	0	-
Q2_5_93_1_0x	0	-
Q2_5_95_1_0x	0	-
Q2_5_96_1_0x	0	-
Q2_5_97_1_0x	0	-
Q2_5_98_1_0x	0	-
Q2_5_102_1_0	0	-
Q2_5_103_0_0	0	-
Q2_5_104_0_0	1	0,77

Score relations interpersonnelles

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_6_119_1_0	0	-
Q2_6_120_0_0	0	-
Q2_6_121_0_0	0	-

Score de relations familiales

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q2_7_145_1_0	0	-
Q2_7_146_0_0	0	-
Q2_7_147_0_0	0	-

Score socio-judiciaire

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_8_150_0_0x	15	N/A : élimination des 15 cas
Q2_8_166_0_0x	3	1 cas a été recodé 1 (car il indique avoir commis un crime) et 2 cas ont été recodé 0 (car ils indiquent « ne s'applique pas »)
Q2_8_174_1_0	0	-
Q2_8_175_0_0	0	-
Q2_8_176_0_0	0	-

Temps 3

Score alcool

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_2_3_1_1	1	5,30
Q3_2_5_1_0	0	-
Q3_2_6_1_0	0	-
Q3_2_7_1_0	0	-

Score drogues

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_2_9_2_1	0	-
Q3_2_9_3_1	0	-
Q3_2_9_4_1	0	-
Q3_2_9_5_1	0	-
Q3_2_9_6_1	0	-
Q3_2_9_7_1	0	-
Q3_2_9_8_1	0	-
Q3_2_9_9_1	0	-
Q3_2_27_2_0	0	-
Q3_2_28_2_0	0	-
Q3_2_29_2_0	0	-

Score santé physique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_3_44_1_0	0	-
Q3_3_45_0_0	0	-
Q3_3_46_0_0	0	-

Score occupation

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_4_76_1_0	0	-
Q3_4_77_0_0	0	-
Q3_4_78_0_0	0	-

Score d'état psychologique

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_5_84_1_0x	0	-
Q3_5_85_1_0x	0	-
Q3_5_86_1_0x	0	-
Q3_5_87_1_0x	0	-
Q3_5_88_1_0x	0	-
Q3_5_89_1_0x	0	-
Q3_5_90_1_0x	0	-
Q3_5_91_1_0x	0	-
Q3_5_92_1_0x	0	-
Q3_5_93_1_0x	0	-
Q3_5_95_1_0x	0	-
Q3_5_96_1_0x	0	-
Q3_5_97_1_0x	0	-
Q3_5_98_1_0x	0	-
Q3_5_102_1_0	0	-
Q3_5_103_0_0	0	-
Q3_5_104_0_0	1	0,77

Score relations interpersonnelles

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_6_119_1_0	0	-
Q3_6_120_0_0	0	-
Q3_6_121_0_0	0	-

Score de relations familiales

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q3_7_145_1_0	0	-
Q3_7_146_0_0	0	-
Q3_7_147_0_0	0	-

Score socio-judiciaire

Variable	Nb de valeur(s) manquante(s)	Moyenne
Q0_8_150_0_0x	15	N/A : élimination des 15 cas
Q3_8_166_0_0x	3	1 cas a été recodé 1 (car il indique avoir commis un crime) et 2 cas ont été recodé 0 (car ils indiquent « ne s'applique pas »)
Q3_8_174_1_0	0	
Q3_8_175_0_0	0	
Q3_8_176_0_0	0	

ANNEXE III ANALYSES UNIVARIÉES

Tableau 1. Analyses descriptives des scores composés de l'IGT-Ado au Temps 0

Scores composés	Min-Max	Moyenne	Médiane	Mode	Écart-type	N valide
Alcool	0-0,875	0,177	0,067	0,000	0,221	215
Drogues	0-0,509	0,289	0,300	0,379	0,101	215
Santé physique	0-1,000	0,312	0,206	0,000	0,312	215
Occupation	0-1,000	0,502	0,499	0,499	0,276	215
État psychologique	0-0,882	0,402	0,411	0,515	0,179	215
Relations interpersonnelles	0-1,000	0,372	0,378	0,000	0,291	215
Relations familiales	0-1,000	0,501	0,500	0,000	0,308	215
Socio-judiciaire	0-0,813	0,227	0,200	0,000	0,207	215

ANNEXE IV

ANALYSES BIVARIÉES MODÈLE 1

Tableau 1. Résultats des tests du khi carré contrastant les cas d'abandon ou de complétion du séjour à Portage et variables dichotomiques

Caractéristiques des adolescents à Portage	Ont abandonné le traitement				
	Pourcentage	Khi carré	Sig.	Phi	n
Sexe		0,003	0,534	0,004	215
Fille	45,3 %				86
Garçon	45,7 %				129
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA		2,945	0,060	-0,117	215
Non	48,4 %				171
Oui	34,1 %				44
A déjà séjourné en communauté thérapeutique		7,463	0,005	-0,186	215
Non	48,9 %				190
Oui	20,0 %				25

Tableau 2. Résultat du test-t contrastant les cas d'abandon ou de complétion du séjour à Portage et la variable âge

	Abandon du traitement				
	Moyennes		t	Sig.	n
	Non	Oui			
Âge	16,09	16,15	-0,401	0,689	215

Tableau 3. Résultats des tests U de Mann-Whitney contrastant les cas d'abandon ou de complétion du séjour à Portage et les scores composés de l'IGT-Ado

Scores composés	Abandon du traitement				
	Médianes (rang moyen)		Z	Sig.	n
Non	Oui				
Alcool	0,050 (105,46)	0,096 (111,04)	-0,657	0,511	215
Drogues	0,305(109,06)	0,297 (106,74)	-0,272	0,786	215
Santé physique	0,183 (102,83)	0,261 (114,17)	-1,346	0,178	215
Occupation	0,499 (104,49)	0,499 (112,19)	-0,907	0,364	215
État psychologique	0,412 (104,36)	0,409 (112,35)	-0,938	0,348	215
Relations interpersonnelles	0,328 (101,20)	0,414 (116,12)	-1,759	0,079	215
Relations familiales	0,528 (110,51)	0,456 (105,00)	-0,648	0,517	215
Socio-judiciaire	0,200 (107,18)	0,200 (108,97)	-0,215	0,830	215

ANNEXE V ANALYSES BIVARIÉES MODÈLE 2

Tableau 1. Résultats des tests du khi carré distingués selon le sexe contrastant les cas d'abandon ou de complétion du séjour à Portage et les variables dichotomiques

Caractéristiques des adolescents à Portage	Pourcentage	Ont abandonné le traitement			
		Khi carré	Sig.	Phi	n
Filles					
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA		0,131	0,494	-0,039	86
Non	46,1 %				76
Oui	40,0 %				10
A déjà séjourné en communauté thérapeutique auparavant		3,065	0,072	-0,189	86
Non	49,3 %				73
Oui	23,1 %				13
Garçons					
A reçu une ordonnance en vertu de la LJC ou de la LSJPA		3,332	0,051	-0,161	129
Non	50,5 %				95
Oui	32,4 %				34
A déjà séjourné en communauté thérapeutique auparavant		4,505	0,031	-0,187	129
Non	48,7 %				117
Oui	16,7 %				12

Tableau 2. Résultats des tests-t distingués selon le sexe contrastant les cas d'abandon ou de complétion du séjour à Portage et la variable âge

	Abandon du traitement				
	Moyennes		t	Sig.	n
	Non	Oui			
Filles					
Âge	16,06	15,92	0,574	0,567	86
Garçons					
Âge	16,11	16,31	-1,045	0,298	129

Tableau 3. Résultats des tests U de Mann Whitney distingués selon le sexe contrastant les cas d'abandon ou de complétion du séjour à Portage et les scores composés de l'IGT-Ado

	Abandon du traitement		Z	Sig.	n
	Médianes (rang moyen)				
Scores composés	Non	Oui			
Filles					
Alcool	0,067 (43,90)	0,150 (43,01)	-0,166	0,868	86
Drogues	0,309 (43,15)	0,294 (41,51)	-0,672	0,501	86
Santé physique	0,306 (40,17)	0,511 (47,51)	-1,364	0,172	86
Occupation	0,500 (44,40)	0,499 (42,41)	-0,370	0,711	86
État psychologique	0,515 (44,11)	0,451 (42,77)	-0,247	0,805	86
Relations interpersonnelles	0,400 (37,41)	0,500 (50,83)	-2,483	0,013	86
Relations familiales	0,583 (44,24)	0,450 (42,60)	-0,304	0,761	86
Socio-judiciaire	0,200 (41,24)	0,200 (46,22)	-0,948	0,343	86
Garçons					
Alcool	0,117 (62,04)	0,258 (68,51)	-0,981	0,326	129
Drogues	0,292 (64,49)	0,306 (65,60)	-0,168	0,867	129
Santé physique	0,089 (62,39)	0,178 (68,10)	-0,881	0,379	129
Occupation	0,499 (60,61)	0,502 (70,21)	-1,461	0,144	129
État psychologique	0,335 (60,83)	0,363 (69,95)	-1,381	0,167	129
Relations interpersonnelles	0,267 (63,79)	0,333 (66,44)	-0,406	0,684	129
Relations familiales	0,497 (66,49)	0,461 (63,24)	-0,492	0,622	129
Socio-judiciaire	0,207 (66,23)	0,200 (63,54)	-0,413	0,680	129