

Université de Montréal

**Consommation de substances psychoactives, motivation et
ouverture envers l'intervention des adolescents
placés en centre de réadaptation**

par

Mylène Magrinelli Orsi

École de criminologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (PhD)
en criminologie

Juillet, 2011

© Mylène Magrinelli Orsi, 2011

Université de Montréal

Faculté des Arts et des Sciences

Cette thèse intitulée :

**Consommation de substances psychoactives, motivation et
ouverture envers l'intervention des adolescents
placés en centre de réadaptation**

présenté(e) par :

Mylène Magrinelli Orsi

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

Stéphane Guay
président-rapporteur

Serge Brochu
directeur de recherche

Denis Lafortune
codirecteur

Marie-Marthe Cousineau
membre du jury

Bastien Quirion
examineur externe

Julien Morizot
représentant du doyen

Résumé

La consommation des jeunes placés dans les centres jeunesse du Québec est bien documentée, mais leurs motivations à consommer, à changer ou à parler de leur consommation avec un intervenant demeurent inconnues. Par ailleurs, très peu de chercheurs se sont intéressés aux particularités du processus de changement à l'adolescence et encore moins à ce processus dans un contexte d'autorité. Pour ces raisons, la présente recherche donne la parole aux jeunes afin de mieux comprendre leur usage de substances psychoactives, leur désir éventuel de réduire ou d'arrêter leur consommation, leur ouverture à réfléchir ou à discuter de leur consommation et leur ouverture envers les interventions disponibles.

Basés sur une collecte de données qualitatives composée de 27 entrevues avec les jeunes hébergés au Centre jeunesse de Montréal et de huit mois d'observations participantes dans les unités de vie, les résultats indiquent que la majorité des adolescents interviewés disent consommer diverses substances psychoactives pour lesquelles ils identifient différentes sources de motivation, autant à consommer qu'à changer leur consommation. De plus, ces sources de motivation identifiées sont plus ou moins associées au contexte d'autorité dans lequel les jeunes sont placés. Ainsi, si certains jeunes estiment que la possibilité de changement est facilitée par l'environnement contrôlé du Centre jeunesse, pour d'autres, les contraintes de ce milieu de vie ne semblent pas avoir d'impact sur leur motivation. Par ailleurs, les jeunes démontrent différents degrés d'ouverture envers les interventions disponibles et envers les éducateurs qui les côtoient. En général, les approches compréhensives et moins autoritaires semblent encourager un certain investissement de la relation entre jeunes et éducateurs et peuvent potentiellement faciliter l'établissement d'une relation d'aide et le changement de comportement.

En utilisant le cadre théorique proposé, une combinaison du Modèle transthéorique du changement et de la Théorie de l'auto-détermination, il apparaît limité de considérer les jeunes en difficulté comme étant motivés ou non motivés à changer leur consommation. Les analyses démontrent que les perceptions de la nécessité ou des possibilités d'amorcer un processus de changement varient beaucoup d'un jeune à l'autre. Ainsi,

l'approche choisie pour intervenir auprès des jeunes en difficulté devrait prendre en considération les nuances et la dynamique des motivations afin de mieux adapter les services offerts et de mieux comprendre les raisons associées au succès et à l'échec de certaines interventions et intervenants vis-à-vis de certains adolescents. En outre, afin de favoriser une perception positive du « placement » et pour que les jeunes le voient comme une « opportunité de changement », il apparaît important d'examiner la fréquence et l'intensité des interventions contraignantes appliquées dans les centres de réadaptation.

Finalement, il importe de mentionner que les conclusions de cette étude exploratoire ne permettent d'établir des relations causales entre l'approche choisie par l'intervenant, la motivation à changer et l'ouverture des jeunes. Cependant, les données obtenues permettent d'analyser en profondeur les représentations que les jeunes ont des relations entre ces trois éléments.

Mots-clés : adolescent, consommation de substances psychoactives, motivation, ouverture envers l'intervention, centre jeunesse

Abstract

Substance use among young people placed in Quebec's youth centers is well documented but their motivations to use, to change or to talk with an educator about their consumption remain unknown. Moreover, very few researchers have demonstrated an interest in the particularities associated to the process of change in adolescence and even less within a context of authority. For these reasons, this research gives voice to young people aiming to better understand their use of psychoactive substances, their possible desire to reduce or to stop their use, and their openness to talk about their consumption as well as to the available interventions.

Based on qualitative data consisting of 27 interviews with adolescents placed at Montreal's Youth Centre and eight months of participant observation in the units, the results indicate that the majority of the youngsters interviewed use many psychoactive substances, for which they identify different sources of motivation to consume as much as to change their patterns of drug use. Moreover, the sources of motivation identified can be more or less related to the context of authority in which they are placed. Thus, some young people feel that the change in drug use is facilitated by a controlled environment of the Youth Center, while others don't seem to be affected by the constraints of such an environment. Moreover, young people show different degrees of receptiveness to the available interventions and to educators around them. In general, comprehensive and less authoritarian approaches seem to encourage some investment in the relationship between young people and educators and may potentially facilitate the establishment of a helping relationship and behavior change.

Using the proposed theoretical framework, a combination of the Transtheoretical Model of Behavior Change and Self-Determination Theory, it would seem limiting to consider adolescents as motivated or unmotivated to change their drug use. Analyses show that perceptions about the need or the possibilities to start a process of change vary greatly from one participant to another. Therefore, the approach chosen to intervene with troubled youth should take into account the nuances and dynamics of motivation in order

to better adapt services and to better understand the reasons associated with success and failure of some interventions and educators towards some youth. In addition, to promote a positive perception of the "placement" among young people as an "opportunity for change" it is important to examine the frequency and intensity of the restrictive interventions used in rehabilitation centers.

Finally, it is important to point out that the findings of this exploratory study cannot establish causal relationships between the approach chosen by the educator, the youth's motivation to change as well as their receptiveness. However, the data obtained allow for in-depth analyses of how the relationship of these three elements is perceived by adolescents.

Key words: adolescent, substance use, motivation, receptiveness, youth center.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des abréviations	xii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Objectifs	6
Chapitre un : Cadre théorique de la recherche et recension des écrits	10
1.1 Le Modèle transthéorique du changement	13
1.1.1 Les concepts fondamentaux	15
1.1.1.1 Les stades de changement	15
1.1.1.2 Les procédés du changement	19
1.1.1.3 Les marqueurs du changement	20
1.1.1.4 Le contexte du changement	21
1.1.2 Le Modèle transthéorique du changement, les jeunes consommateurs et les contextes d'autorité	22
1.2 La Théorie de l'auto-détermination	29
1.2.1 Les concepts fondamentaux	30
1.2.1.1 Les besoins humains	31
1.2.1.2 Motivation interne et externe	31
1.2.1.3 La Théorie de l'intégration organismique	33
1.2.1.4 Motivation autonome et contrôlée	35
1.2.1.5 Le processus d'intégration de la motivation	37
1.2.2 La Théorie de l'auto-détermination, les comportements addictifs et les jeunes en difficulté	38
1.3 Le Modèle transthéorique du changement et la Théorie de l'auto-détermination en tant que référence pour les interventions en toxicomanie	47
1.4 L'association du Modèle transthéorique du changement avec la Théorie de l'auto- détermination	51
1.5 Considérations finales	60

Chapitre deux : Méthodologie.....	63
2.1 Méthodes privilégiées	63
2.1.1 Les entrevues semi-directives	63
2.1.2 Les observations participantes	64
2.2 Procédures pour la collecte des données.....	65
2.2.1 La collecte des données à travers les entrevues	67
2.2.2 La collecte des données à travers les observations participantes.....	68
2.3 Méthodes et critères d'échantillonnage.....	69
2.3.1 L'échantillonnage pour les entrevues.....	70
2.3.1.1 Âge	71
2.3.1.2 La consommation de substances psychoactives.....	71
2.3.1.3 Le placement.....	72
2.3.2 L'échantillonnage pour les observations participantes	73
2.4 Description de l'échantillon	74
2.4.1. Profil des jeunes interviewés.....	75
2.4.2 Les caractéristiques des unités-hôtes	78
2.5 Méthodes d'analyse des données recueillies.....	81
2.5.1. Traitement des entrevues semi-directives	81
2.5.1.1 L'analyse verticale	81
2.5.1.2 L'analyse thématique du contenu	82
2.5.1.3 L'analyse horizontale.....	82
2.5.2 Traitement du journal de bord.....	83
2.6 Limites méthodologiques de l'étude	84
Chapitre trois : La consommation de substances psychoactives.....	86
3.1 L'initiation à la consommation	86
3.2 La progression de la consommation.....	89
3.3 Historique de traitements de la toxicomanie.....	92
3.4 La criminalité	94
3.5 Le rôle de la consommation concernant la prise en charge	97
3.6 La consommation et le placement.....	99
3.7 Considérations finales	106

Chapitre quatre: Motivations et amotivations.....	109
à l'égard des substances psychoactives.....	110
4.1 La motivation et l'amotivation à consommer.....	111
4.1.1 Les analyses thématiques.....	111
4.1.1.1 Le plaisir de la consommation.....	111
4.1.1.2 Le soulagement.....	112
4.1.1.3 La fonctionnalité.....	112
4.1.1.4 La dépendance.....	113
4.1.1.5 L'abstention volontaire.....	113
4.1.1.6 Les diverses et dynamiques motivations à consommer.....	114
4.1.2 Analyses inspirées du cadre théorique.....	119
4.2 La motivation et l'amotivation à changer.....	124
4.2.1 Analyses thématiques.....	125
4.2.1.1 Les relations interpersonnelles.....	125
4.2.1.2 La perte de la liberté dans la consommation.....	129
4.2.1.3 La santé physique et la santé mentale.....	131
4.2.1.4 Le fonctionnement quotidien.....	133
4.2.1.5 L'implication dans la criminalité.....	134
4.2.1.6 Les contraintes liées à l'argent.....	134
4.2.1.7 Les contraintes légales.....	135
4.2.1.8 Le placement comme contrainte.....	136
4.2.1.9 Le placement comme moment de réflexion.....	138
4.2.2 Analyses inspirées par le cadre théorique.....	146
4.2.2.1 La résistance au changement.....	147
4.2.2.2 L'ambivalence face au changement.....	149
4.2.2.3 Le changement actif.....	155
4.2.2.3.1 <i>La motivation contrôlée</i>	157
4.2.2.3.2 <i>La motivation autonome</i>	160
4.2.2.3.3 <i>L'intégration progressive : de la motivation contrôlée vers la motivation autonome</i>	163
4.2.2.4 La consolidation des changements.....	164

4.3 Les stratégies de changement.....	166
4.3.1 La diminution graduelle	166
4.3.2 Le changement de cercle d'amis	166
4.3.3 Occupation / Distraction	167
4.3.4 La restriction des occasions de consommation	167
4.3.5 La participation à des interventions spécialisées	167
4.4 Considérations finales	168
Chapitre cinq : L'ouverture envers les interventions et	173
les éducateurs	173
5.1 L'ouverture envers les interventions.....	175
5.1.1 Les sanctions associées à la consommation	176
5.1.2 Les discussions avec les éducateurs.....	181
5.1.3 Le « Groupe de réflexion sur les drogues »	186
5.1.4 Les traitements spécialisés de la toxicomanie.....	190
5.2 L'ouverture envers les éducateurs.....	194
5.2.1 L'ouverture envers l'éducateur de suivi.....	194
5.2.2 L'ouverture envers les éducateurs en général	201
5.3 Les jeunes réfractaires.....	204
5.4 Discussion inspirée du cadre théorique.....	207
5.4.1 L'adaptation de l'intervention au profil du client	209
5.4.2 Le développement des procédés de changement	211
5.4.3 Le soutien à l'autonomie.....	212
5.4.4 Le soutien à la compétence	218
5.4.5 Les relations interpersonnelles.....	220
5.5 Considérations finales	224
Conclusion	227
La motivation et l'ouverture	229
Le contexte d'autorité	232
Les interventions en toxicomanie.....	235
Les recommandations.....	238
Les recherches futures.....	241

Bibliographie.....	242
Annexe 1: Le projet en bref	278
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement Jeunes – Phase 1	281
Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement Éducateurs – Phase 1	286
Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement Jeunes – Phase 2	291
Annexe 5 : Canevas des entrevues.....	296
Annexe 6 : Canevas des observations participantes.....	297
Annexe 7 : Fiches signalétiques abrégées.....	298
Annexe 8 : Grille de codification abrégée (entrevues).....	312
Figure 1 : La roue du changement.....	17
Figure 2 : Les types de motivation et de régulation selon la TAD dans leur continuum d'autodétermination	36
Figure 3 : L'association des stades de changement au continuum d'intégration de la motivation	59
Tableau I : Les tâches et buts de chacun des stades de changement.....	18
Tableau II : Les procédés du changement.....	19
Tableau III : Substances psychoactives consommées par les jeunes interviewés.....	78
Tableau IV : Synthèse des variables associées à la consommation et à l'abus de SPA .	105
Tableau V : Synthèse des variables associées à la motivation à consommer des SPA..	124
Tableau VI : Synthèse des variables associées à la motivation à changer la consommation de SPA	168
Tableau VII : Synthèse des variables associées à l'ouverture envers les interventions et les éducateurs	224

Liste des abréviations

CJ : Centre jeunesse

CJM : Centre jeunesse de Montréal

CP : Cité des Prairies

DEP-ADO : Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes

ÉMCA : Échelle de motivation à la consommation d'alcool

EM : Entrevue motivationnelle

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

LPJ : Loi de protection de la jeunesse

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

LSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MTC : Modèle transthéorique du changement

MSA : Mont Saint Antoine

SPA : Substances psychoactives

TAD : Théorie de l'autodétermination

A Rudi, Pedro et Giulia, mes amours.

Remerciements

Le début de cette recherche a été marqué par de nombreux changements dans ma vie. Changement de pays, de langue, d'univers professionnel. Cependant, en regardant en arrière, ce ne sont pas les difficultés que je retiens, mais les bons moments de joie et de bonheur qui ont marqué ma trajectoire des cinq dernières années. Je dois cela surtout aux personnes formidables de mon entourage qui m'ont accompagné et soutenu dans cette grande aventure née d'une toute petite idée maintenant devenue ces quelques centaines de pages.

Je ne sais pas comment remercier Rudi Orsi, mon copain depuis presque deux décennies, mon amoureux et mon meilleur ami. Merci, mon amour, pour m'avoir accompagné dans cette démarche folle, pour ta patience infinie, pour m'avoir toujours offert du réconfort quand les choses n'allaient pas comme je voulais et pour avoir fêté avec moi toutes les réussites, les petites comme les grandes. C'est très peu de dire que je n'y serais jamais arrivée sans toi.

À mes deux enfants, la lumière de ma vie, Pedro et Giulia Orsi. Vous avez été fantastiques! Merci beaucoup de votre compréhension. Mais merci surtout pour votre incompréhension, pour les moments où vous m'avez fait fermer l'ordinateur avec ou sans culpabilité. Grâce à vous, je n'ai jamais perdu de vue ce qui est le plus important dans ma vie.

À Serge Brochu, mon directeur. Je suis tellement chanceuse d'être tombée sur toi! Merci de toutes les opportunités que tu m'as offertes et pour toute la confiance que tu as reposée en moi et mon travail. Ton soutien ne sera jamais oublié.

À Denis Lafortune, mon co-directeur. Merci du temps passé à m'aider à organiser mes idées comme quelqu'un qui s'efforce de construire un château de Lego sans l'image de

référence. Ta capacité à comprendre mes pensées et à les exprimer de façon intelligible a été énormément utile.

À mes parents, Celina et Luiz Magrinelli, qui même de loin n'ont jamais cessé de me soutenir. Votre présence quelques semaines par année chez nous a été une très grande source d'énergie. Papa, merci aussi de m'avoir dit, quand j'étais une petite fille, que je savais écrire. Crois-moi, j'ai pensé beaucoup à cela au cours des dernières années.

À Cristina Guimaraes, mon amie brésilienne adorée. Merci de toutes ces heures passées au téléphone qui ont été tellement thérapeutiques. J'ai entendu dire que Bell Canada nous aime beaucoup.

À Madeline Lamboley, ma copine de doctorat. Merci d'avoir toujours été à mes côtés, quand les choses allaient bien et quand...on avait quelques soucis. Je suis sûre que notre amitié perdurera pour toujours.

À Catherine Patenaude, que je considère comme une bonne amie et qui s'est vue confier la lourde tâche de réviser le texte de cette thèse. Merci Cath de ton respect de mes idées, de ton soin pour les mots et d'avoir travaillé sous « une certaine » pression à quelques reprises.

Aux filles du gym, qui sans le savoir, ont contribué énormément au maintien de ma santé mentale. Un merci spécial à Lisa Mastracchio, la meilleure entraîneuse du Québec, pour ton énergie et pour ton enthousiasme, et à Diana Sbrissa, pour ton agréable compagnie et pour tes mots d'encouragement.

À l'équipe de la Division de la recherche et de la statistique du Ministère de la justice du Canada. Particulièrement, à Sébastien April, mon superviseur, pour ta flexibilité, ta compréhension, ton amitié et ton support. Un grand merci aussi à Susan McDonald et à Stephen Mihorean, pour votre reconnaissance et vos encouragements.

Au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Merci pour la bourse de doctorat qui m'a été accordée et pour la subvention du projet de recherche plus large dont fait partie cette thèse.

Au RISQ (Recherche et intervention en substances psychoactives- Québec) et au Centre Dollard-Cormier- Institut universitaire sur les dépendances, merci pour les nombreuses bourses qui m'ont été octroyées et qui m'ont permis d'avancer dans mes réflexions. Je remercie spécialement Hélène Simoneau pour nos discussions tellement enrichissantes.

Aux membres de la direction du Centre jeunesse de Montréal qui ont appuyé cette recherche depuis le début. Je remercie spécialement Lise Durocher pour ta confiance, ton aide et ta disponibilité.

Merci aussi aux éducateurs du Centre jeunesse de Montréal qui m'ont accueilli dans les unités de vie où ils travaillent et qui ont fait de leur mieux pour m'orienter et m'aider. Je tiens à remercier principalement Michel Lallonde et Richard Désormeaux pour votre soutien et pour nos fructueuses discussions. Merci « les cavaliers »!

Dernièrement, mais non les moins importants, un énorme merci à tous les jeunes qui ont ouvert leur cœur pendant les entrevues pour cette recherche. Merci de votre patience avec cette « madame » à l'accent bizarre qui vous posait des questions parfois sensibles. Inutile de dire que cette thèse n'existerait pas sans vous. J'ose espérer, sincèrement, que les recommandations que nous avons pu formuler grâce à votre aide, puissent être utiles pour améliorer les services que vous sont offerts.

Introduction

Au Québec, les Centres jeunesse (CJ) sont les établissements publics responsables, entre autres, de fournir une aide spécialisée aux enfants et aux adolescents qui connaissent des difficultés d'adaptation graves. Ils ont le mandat d'intervenir auprès des jeunes de moins de 18 ans qui vivent une situation évaluée comme dangereuse pour leur sécurité ou leur développement. La plupart des jeunes sont référés aux services des CJ en fonction de la Loi de protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)¹. En 2008-2009, 30 297 enfants ont été pris en charge dans le cadre de la LPJ, dont un peu plus de 9% (2 825) placés dans des ressources institutionnelles (centres de réadaptation, ressources intermédiaires). Les principales problématiques justifiant la prise en charge ont été : le risque sérieux de négligence (32,6%), la négligence parentale (18,7%), les troubles de comportement sérieux (16,6%) et les mauvais traitements psychologiques (12%). Pendant la même période, 15 751 adolescents ont reçu des services des CJ dans le cadre de la LSJPA. Parmi ceux ayant reçu une peine, 85,6% (4 478) l'ont purgée dans la communauté, tandis que 14,4% (755) ont été mis sous garde dans les centres de réadaptation² (Directeurs de la protection de la jeunesse, 2009).

Étant donné les motifs de référence des jeunes vers les CJ, ainsi que le faible taux de placement dans des ressources institutionnelles au Québec, il n'est pas étonnant de constater les graves problématiques qui caractérisent le profil de cette clientèle. En effet, Toupin, Pauzé, Frappier, Cloutier, et Boudreau (2004) concluent que les jeunes qui reçoivent des services dans les CJ présentent des difficultés d'adaptation sérieuses, dont des tentatives de suicide (20%), des troubles extériorisés (35-45%), des troubles intériorisés (10%) et la consommation régulière de SPA (25%). D'après les auteurs, ces difficultés seraient de 3 à 10 fois plus fréquentes dans les CJ que dans la population générale d'adolescents.

¹ La LSJPA s'applique aux adolescents contrevenants de 12 à 17 ans qui ont commis une infraction au Code criminel ou à d'autres lois fédérales à caractère pénal.

² Dans cette thèse les termes « centre de réadaptation » et « centre jeunesse » seront utilisés de façon interchangeable.

La forte prévalence de la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes desservis³ par les CJ a déjà fait l'objet de plusieurs enquêtes québécoises (Godin et al., 2003; LeBlanc, 1994; Pauzé et al., 2004; Régie régionale de la santé et des services sociaux et les Centres jeunesse de Québec, 1995). Vitaro, Carbonneau, Gosselin, Tremblay, & Zoccolillo (2000) affirment même que leur niveau de consommation serait significativement supérieur à celui de la population générale (jeunes québécois qui fréquentent l'école secondaire). La consommation de SPA chez les jeunes des CJ est comparable à l'échelle internationale, s'apparentant à celle observée pour d'autres échantillons de jeunes en difficulté, bien que les taux de prévalence s'avèrent un peu plus élevés (Braithwaite Cornely, Robillard,; Dembo & Schmeidler, 2007; Gould & Payne, 2004; McClelland, Elkington, Teplin, & Abram, 2004; Romero et al., 2007; Stephens & Woodring, 2003). Toutefois, les différents contextes sociopolitiques ayant marqué ces études, ainsi que les changements législatifs qui ont eu lieu au Canada au cours de la dernière décennie questionnent la possibilité de comparer les adolescents pris en charge dans les CJ du Québec avec ceux qui sont placés ailleurs au Canada ou à l'extérieur du pays.

L'étude la plus récente ayant ciblé la consommation en CJ est probablement celle de Laventure, Déry et Pauzé (2008). Cette étude a décrit la consommation des jeunes entre 12 et 17 ans desservis par les CJ du Québec à l'aide de l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO). Concernant la consommation à vie, 88% des participants ont déjà consommé de l'alcool, 78% du cannabis, 39% des hallucinogènes, 15% de la cocaïne et 16,2% d'autres drogues (speed, héroïne, barbituriques, sédatifs, colle et solvants). Dans les 30 jours précédant l'entrevue, 60,8% affirment avoir consommé de l'alcool, 50% du cannabis, 14% des hallucinogènes, 2% de la cocaïne et 3,4% d'autres drogues. Concernant la fréquence de la consommation au cours des 12 mois précédant l'entrevue, la consommation hebdomadaire est plus ou moins prévalente,

³ Dans ce texte, le mot « desservis » désigne tous les jeunes qui reçoivent des services du CJ, et non seulement les jeunes qu'y sont placés.

étant de 25,7% pour l'alcool, 16,9% pour le cannabis, 4,4% pour les hallucinogènes, 0,5% pour la cocaïne et 1,7% pour les autres drogues.

L'étude de Laventure et al. (2008) souligne également l'âge assez précoce d'initiation à l'usage de SPA chez cette population. La moyenne d'âge de la première consommation d'alcool a été de 11,8 ans (é.t. 2,7), de 12,8 ans (é.t. 1,6) pour le cannabis; 14,1 ans (é.t. 1,5) pour les hallucinogènes et 13,8 ans (é.t. 1,8) pour les autres drogues. Par ailleurs, la consommation hebdomadaire d'alcool a débuté à 14,4 ans (é.t. 1,4), de cannabis à 13,7 ans (é.t. 2,1), d'hallucinogènes à 14,5 ans (é.t. 1,0) et d'autres drogues à 14 ans (é.t. 1,5) (Laventure et al., 2008). Ces données sont particulièrement préoccupantes étant donné que l'âge précoce d'initiation aux SPA est reconnu comme un des principaux facteurs de risque pour le développement d'une toxicomanie (Sung, Erkanli, Angold, & Costello, 2004; Usher, Jackson, & O'Brien, 2005).

De surcroît, l'étude de Laventure et al. (2008) fait ressortir trois profils de consommateurs⁴, qui s'appliquent peu importe le genre : 28,9% présentent profil de consommation faible; 33,8% auraient un profil de consommation modérée et 37,3% un profil de consommation élevée. Ces trois groupes se différencient surtout en fonction de l'âge, les jeunes plus âgés (16 ans en moyenne) ayant un profil de consommation plus élevée, tandis que les plus jeunes sont surtout représentés par un profil de consommation faible (14,5 ans) ou modérée (15,6 ans).

L'étude fait aussi un rapide survol de deux aspects de la motivation des jeunes à changer leur usage de SPA : la reconnaissance du problème et l'ouverture à recevoir de l'aide. Les auteurs notent que seulement 13,4% des jeunes ayant une consommation élevée reconnaissent avoir un problème avec l'alcool, tandis que 34,4% le font pour les drogues. De surcroît, l'ouverture à recevoir de l'aide pour des problèmes d'alcool est

⁴ Laventure et al. (2008) ont établi les profils de sévérité de la consommation de SPA à partir des deux scores composés à l'IGT-ADO, le premier pour l'alcool et le second pour les drogues. Ces scores varient de zéro à un et sont calculés à partir d'une pondération des réponses données aux questions concernant : la fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours, la nature et le cumul des SPA consommées, le nombre de jours où le jeune a éprouvé des difficultés en lien avec sa consommation, l'intensité des problèmes et l'estimation du besoin d'aide.

retrouvée chez seulement 8,3% des jeunes, alors que 24,8% seraient ouverts à recevoir de l'aide pour gérer leurs problèmes avec les drogues (Laventure et al., 2008).

La recherche de Laventure et al. (2008) offre une première analyse de la perception du problème de consommation ainsi que de l'ouverture aux interventions chez les jeunes en difficulté desservis par le CJ. L'analyse des chercheurs, cependant, se limite à des données quantitatives obtenues à l'aide d'un questionnaire dont le but est d'évaluer la gravité de la toxicomanie (l'IGT-ADO). Ainsi, les facteurs associés à la perception du problème et à l'acceptation (ou non) des interventions en toxicomanie demeurent non explorés. Les auteurs ex-mêmes concluent que : « ... *l'étude plus approfondie du processus de motivation à l'adolescence permettrait l'identification de leviers pour l'intervention en toxicomanie.* » (Laventure et al., 2008, p.39).

De fait, bien que les raisons qui amènent un jeune à entamer une consommation régulière de drogues ont été grandement étudiées (Boys, Marsdes, & Strang, 2001; Brunelle, Cousineau, & Brochu, 2002; McInstosh, MacDonald, & Mckeganey, 2005; Palmqvist, Martikainen, & VonWright, 2003; Titus, Godley, & White, 2006), la recherche sur les motivations à changer et le processus de changement durant l'adolescence en est à ces balbutiements (Battjes, Gordon, Grady, Kinlock, & Carswell, 2003; Berry, Naylor, & Wharf-Higgins, 2005; Callaghan et al., 2005; Migneault, Pallonen, & Velicer, 1997, Tevyaw & Monti, 2004). En plus, on en sait très peu sur les facteurs qui peuvent influencer la motivation au changement des adolescents, puisque les études portant sur ce thème ont été majoritairement conduites auprès de populations adultes. Les quelques études ciblant les jeunes ont été menées majoritairement dans les milieux de traitement de la toxicomanie. Elles indiquent une relation positive entre l'âge et la motivation (Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997), ainsi qu'entre le soutien social et la motivation (Broome, Joe & Simpson, 2001). En outre, Battjes et al. (2003) notent que la perception des conséquences négatives de la consommation a été un important prédicteur de la motivation, contrairement à la gravité de la consommation.

Le stade relativement embryonnaire des recherches contraste avec la nécessité de mieux comprendre le processus de motivation au changement pendant l'adolescence afin d'élaborer des interventions efficaces ciblant cette population (Battjes et al., 2003). Dans ce sens, les résultats de la recherche de Bergeron, Tremblay, Cournoyer, Brochu et Landry (2009) indiquent que les interventions auprès de jeunes toxicomanes qui ciblent leur motivation au changement ont pour effet de réduire l'usage des drogues lors des suivis, 3 et 6 mois après l'admission du jeune dans le traitement. Ce résultat est notable surtout si on tient compte du fait que les interventions efficaces à l'adolescence tendent à avoir des effets à long terme qui se maintiennent jusqu'à l'âge adulte (Baer, 1993; Schulenberg, Maggs, Steinman, & Zucker, 2001).

Cette thèse cible la compréhension de la motivation des jeunes qui sont pris en charge dans un contexte d'autorité. En fait, généralement, les relations d'aide auprès des adolescents sont imbriquées à des relations d'autorité, puisque cette population participe rarement aux programmes d'intervention de façon spontanée (Zack, Castonguay, & Boswell, 2007). Cependant, certaines recherches indiquent que le fait d'exercer une forme d'autorité formelle dans la démarche de réadaptation d'un individu peut avoir une importante influence (pouvant être positive ou négative) sur sa motivation au changement et sur son ouverture envers les interventions (Casey, , 2005; Conte, Snyder, & McGuffin, 2008; Girvin, 2004; Slesnick et al., 2009; Yost & Ellis, 2008;).

En fait, les jeunes placés dans des centres de réadaptation se retrouvent dans ce qu'on pourrait appeler un « contexte d'autorité ». Ces jeunes ont rarement été placés de leur propre initiative et le centre est généralement un environnement où l'autorité des adultes s'exprime de façon beaucoup plus intense et où les contraintes sont bien plus présentes que les milieux dans lesquels ils étaient habitués de vivre à l'extérieur. En se sentant souvent limités dans leur autonomie et leur liberté, les adolescents peuvent manifester divers signes d'inconfort, dont la résistance au changement et le manque d'ouverture envers les interventions de réadaptation menées par les éducateurs (Yost & Ellis, 2008).

Il importe de noter que la motivation est l'une des dimensions prises en compte pour comprendre l'ouverture des clients envers les interventions adoptées dans des contextes d'autorité. D'après Kennedy (2000), la motivation du client serait l'un des facteurs internes de la réceptivité, ou ouverture à l'intervention, (les autres étant les traits de personnalité, les déficits intellectuels et les variables démographiques). Cependant, l'ouverture envers l'intervention serait aussi influencée par des facteurs externes comme les caractéristiques des conseillers (certains conseillers pouvant travailler mieux avec certains types de clients) et du milieu (les contraintes, le type d'intervention privilégié, etc). La motivation étant considérée comme un facteur dynamique (Prochaska & DiClemente, 1982; Miller & Rollnick, 2002), l'intervenant aurait, jusqu'à un certain point, la fonction de motiver le client. L'intervenant devrait donc choisir des approches efficaces pour augmenter la probabilité que les clients répondent favorablement au traitement (Miller & Rollnick, 2002; Kennedy, 2000).

Ainsi, cette étude cible deux thèmes encore peu explorés par les recherches antérieures : les raisons qui poussent les adolescents à vouloir changer leur usage de SPA, et leur ouverture envers les interventions qui sont (plus ou moins) imposées dans un centre de réadaptation. En analysant ces concepts selon le point de vue des jeunes, nous voulons mettre en lumière les aspects contextuels qui peuvent influencer autant leur motivation que leur ouverture envers les interventions. Ensuite, il sera possible de discuter des approches d'intervention adaptées au profil de cette clientèle.

Objectifs

Vu que a) la consommation des jeunes en CJ est bien documentée, mais leurs motivations à consommer, à changer ou à parler de leur consommation avec un intervenant demeurent inconnues; et que b) très peu de chercheurs se sont intéressés aux particularités du processus de changement à l'adolescence et encore moins à ce processus dans un contexte d'autorité; le texte qui suit donne la parole aux jeunes hébergés au CJ afin de mieux comprendre leur usage de SPA, leur désir éventuel de réduire ou d'arrêter leur consommation, leur ouverture à réfléchir ou à discuter de leur

consommation et leur ouverture envers les interventions disponibles. Pour ce, elle inclut les objectifs spécifiques suivants :

- 1) connaître les expériences de consommation de SPA des jeunes;
- 2) analyser les motivations des jeunes à consommer et à changer leur consommation;
- 3) analyser la façon dont les participants abordent la question de l'ouverture envers les interventions en lien avec la consommation de drogues disponibles en CJ.

À la suite de cette introduction, nous présenterons en détail les deux théories⁵ qui composent notre cadre théorique : le Modèle transthéorique du changement (MTC, Prochaska & DiClemente, 1984) et la Théorie de l'auto-détermination (TAD, Deci & Ryan, 1985). Leurs concepts fondamentaux, ainsi que les études empiriques que les ont utilisées auprès de populations ou de problématiques semblables aux nôtres seront discutées. De plus, les limites et complémentarités de ces deux théories seront examinées, tandis que leur combinaison sera proposée pour mieux comprendre les différents aspects de la motivation dans les contextes d'autorité.

Les deux perspectives théoriques ont été utilisées afin de mieux saisir la complexité des processus de motivation chez des adolescents en difficulté. Le MTC a marqué le développement des approches d'intervention en toxicomanie. Il s'agit du modèle le plus populaire dans les milieux cliniques et le plus étudié en ce qui concerne le changement de comportement de la consommation de SPA. Pour sa part, la TAD est une théorie générale de la motivation humaine basée sur des concepts testés empiriquement qui apportent une contribution importante à la compréhension de la motivation auprès des clientèles non volontaires à l'intervention, à travers ses discussions autour de différentes sources de motivation. Les deux perspectives théoriques considèrent le rôle joué par l'environnement et par les relations interpersonnelles sur le processus de motivation des

⁵ Bien que le MTC soit considéré un « modèle théorique » plutôt qu'une « théorie » en soi, à fin d'alléger le texte nous utiliserons le deux termes de façon interchangeable pour faire référence à ce modèle.

individus (DiClemente, 2003; Ryan & Deci, 2000) et se sont avérées pertinentes autant à la discussion sur les motivations qu'à la compréhension des facteurs qui influencent l'ouverture envers les interventions.

Il importe de souligner que le cadre théorique n'a pas été utilisé de façon déductive. Nous n'avions pas non plus pour but de vérifier l'application de ces théories auprès d'un échantillon de jeunes en centre d'accueil. Ces théories ont été des outils qui nous ont permis de mieux comprendre les facteurs qui influencent la motivation et l'ouverture des jeunes, selon leur propre perspective. Dans ce sens, les analyses ont été réalisées à travers un dialogue continu entre les données et le cadre théorique, les résonances et les disparités enrichissant les discussions.

Le deuxième chapitre présentera la méthodologie qualitative utilisée ainsi que la démarche de collecte des données. Les recherches quantitatives dans le domaine de la motivation ont déjà contribué grandement à notre compréhension sur le processus de changement (Callaghan et al., 2005; Cummings et al., 2004, Norman Velicer, Fava, & Prochaska, 1998; pour n'en citer que quelques-uns). Cependant, les données quantitatives apportent peu d'informations approfondies sur les raisons qui peuvent amener une personne à changer son comportement ou sur celles qui l'empêchent de le faire. En étant un moyen privilégié d'accéder au point de vue des acteurs sociaux, de comprendre et d'interpréter leurs expériences (Poupart, 1997), l'approche qualitative nous permet de mieux comprendre l'effet que le placement dans un centre de réadaptation peut avoir sur le changement de comportement des jeunes et sur leur ouverture aux interventions.

Suivent les trois chapitres d'analyse. Le chapitre trois retrace divers aspects de la consommation des participants : les situations d'initiation, la progression de l'usage SPA, les expériences de traitement, le rôle joué par la consommation de drogues dans les passages à l'acte criminel et sur les raisons de la prise en charge ainsi que l'usage de drogues pendant le placement.

Le chapitre quatre se concentre sur deux aspects de la motivation des jeunes : la motivation à consommer et la motivation à changer la consommation. Pour mieux saisir la complexité des motivations des jeunes, les analyses ont été décomposées en deux temps : les analyses thématiques d'une part et les analyses inspirées du cadre théorique d'autre part. Les analyses thématiques font référence aux thèmes qui ont émergé du matériel collecté. Cependant, un deuxième niveau d'analyse a été nécessaire afin d'identifier les aspects théoriques pertinents à l'avancement des connaissances sur la motivation des adolescents placés en contexte d'autorité.

Le dernier chapitre d'analyse, le chapitre cinq, met la lumière sur un concept peu développé auprès des jeunes : l'ouverture envers les interventions et les éducateurs. Ce chapitre est aussi divisé en deux parties en fonction des catégories thématiques qui ont émergé des analyses. En fait, il semble que l'ouverture des jeunes pourrait être à la fois liée à leurs perceptions de l'intervention et à l'attitude des éducateurs responsables de l'application de ces interventions.

Enfin, une discussion sur l'apport des concepts de motivation et d'ouverture envers les interventions en toxicomanie menées dans des contextes d'autorité sera élaborée dans la conclusion de cette thèse. Aussi, la conclusion présentera les recommandations pour le milieu et les suggestions pour les recherches futures.

Il importe de noter qu'afin de rendre le texte plus dynamique et d'éviter la redondance, la recension des écrits est présentée en lien avec les sujets traités tout au long de cette recherche. Ainsi, dans le premier chapitre, les études pertinentes à la problématique de cette thèse qui ont utilisé les théories qui composent notre cadre théorique seront présentées. Le troisième chapitre décrira les études qui se sont intéressées à la consommation de SPA des adolescents. Le quatrième chapitre citera autant les recherches portant sur la motivation à consommer que sur la motivation à changer, en lien ou non avec notre cadre théorique. Finalement, le cinquième chapitre fera référence aux études conduites dans le cadre du MTC et de la TAD et qui traitent des facteurs associées à l'ouverture envers les interventions.

Chapitre un : Cadre théorique de la recherche et recension des écrits

Le mot « motivation » vient du latin « *movere* » (bouger, se mouvoir, se déplacer) et renvoie à la force motrice qui active le comportement. Ainsi, la motivation ne peut pas être directement observée, mais inférée à partir du comportement manifeste (Westen, 2000). Quand on parle de motivation, on s'intéresse à ce qui amène les individus à agir, à penser et à ressentir, autrement dit, on s'intéresse au « pourquoi » du comportement. Le but des études sur la motivation est de comprendre les conditions et les processus qui facilitent la performance, la persistance, le développement et la vitalité des comportements. Bien que les processus motivationnels puissent être étudiés dans une perspective neurophysiologique, la plus grande part de la motivation humaine ne peut s'expliquer par ces mécanismes, mais plutôt par des conditions socioculturelles présentes dans l'environnement proximal des acteurs (Deci & Ryan, 2008).

Au fil des années, plusieurs théories ont été élaborées par les psychologues intéressés à la motivation. À l'instar de Deci (1975), nous sommes particulièrement intéressés aux théories basées sur la recherche expérimentale, c'est pourquoi cette thèse ne fera pas référence aux conceptions psychanalytiques de la motivation. Les théories développées à partir de la recherche expérimentale peuvent se diviser en deux principaux groupes : les approches mécanicistes et les approches organismiques (Deci, 1975).

Les approches mécanicistes, dont le comportementalisme est le principal représentant, se caractérisent par une vision de l'individu comme étant plutôt passif. La recherche expérimentale conduite par les comportementalistes depuis la moitié du 20^{ème} siècle s'est concentrée notamment sur la compréhension des « forces » ou des « stimuli » qui poussent les organismes à manifester certains comportements (Deci, 1975). La conclusion générale des études initialement conduites auprès d'animaux de laboratoire, ensuite adaptées et répliquées chez les êtres humains, est que « *l'homme est poussé à réaliser des comportements récompensés par l'environnement et à éviter ceux qui sont sanctionnés.* » (Westen, 2000, p. 530). En ce qui concerne les pensées et les sentiments,

ils ne sont pas vus comme des déterminants du comportement humain, mais plutôt comme lui étant concomitants ou conséquents (Skinner, 1971).

Dans un autre ordre d'idées, les approches organismiques soulèvent le caractère actif des individus. Cet ensemble de théories est représenté, entre autres, par la psychologie cognitive et par la psychologie humaniste. Les approches organismiques mettent l'accent sur le pouvoir des individus d'agir sur l'environnement (Deci, 1975).

« In their continual interaction with the environment, humans will be acting to bring about changes in the environment, and they also be adapting to the environment. » (Deci, 1975, p.13)

En se situant dans une approche organismique, cette thèse présente une perspective cognitiviste de la motivation humaine. Puisque les individus font constamment des choix, alors leurs actions, leurs pensées et leurs perceptions peuvent être considérées comme d'importants facteurs causaux de leurs comportements. C'est pourquoi les perceptions des participants seront au centre de nos analyses. Néanmoins, il faut rappeler que les modèles conceptuels servent de « lunettes » à travers lesquelles on envisage la réalité ainsi que les possibilités d'action.

« Conceptual models are powerful influences on what to look for and where to look in our research and how to approach problems in our clinical practice. » (DiClemente, 2005, p.5)

Or, étant donné l'objet central de cette recherche (la motivation au changement des jeunes consommateurs de SPA placés dans un centre de réadaptation), il fallait trouver des modèles capables de prendre en compte des phénomènes complexes comme la consommation de psychotropes et les motivations à l'adolescence, les possibilités de changement sous contrainte, ainsi que les interventions mises en place dans un contexte d'autorité. Ainsi, deux théories ont été retenues : le Modèle transthéorique du changement (MTC, Prochaska & DiClemente, 1982) et la Théorie de l'auto-détermination (TAD, Deci & Ryan, 1985).

Le MTC (Prochaska & DiClemente, 1982) inspire cette thèse depuis le départ étant donné l'intérêt qu'il suscite depuis plusieurs années tant chez les chercheurs que chez les cliniciens dans le domaine de la toxicomanie. Ce modèle propose une représentation visuelle des stades de motivation considérée très utile à l'analyse du processus de changement de comportements problématiques (Hodgins, 2005).

Néanmoins, suite à la période de cueillette des données, il nous apparaissait clair que ce seul modèle serait insuffisant à la compréhension de la motivation au changement sous pression externe. Les analyses préliminaires ont permis de supposer que la motivation dans un contexte d'autorité présenterait des nuances et des particularités que le MTC n'expliquait pas. C'est pourquoi nous nous sommes aussi référés à une théorie jusqu'à aujourd'hui très peu appliquée au domaine des toxicomanies, mais qui a déjà fait ses preuves dans divers autres champs d'étude. En fait, la TAD T (Deci & Ryan, 1985) ajoute au MTC des éléments fondamentaux à la compréhension de la naissance et du développement de la motivation pour les comportements qui sont initialement imposés par le milieu.

Les deux modèles ont en commun une perspective « multithéorique » de la motivation humaine puisqu'ils ont été élaborés à partir des développements d'autres approches, dont l'humanisme et le comportementalisme, ce qui explique leur vision plus compréhensive de la motivation et des processus de changement de comportement.

Dans les prochaines sections de ce chapitre, ces deux modèles seront d'abord décrits, puis les recherches qui les ont appliqués auprès de populations et de problématiques semblables à celles de la présente étude seront révisées. Plus loin, leurs contributions aux interventions cliniques seront discutées. À la fin du chapitre, nous exposerons les raisons qui nous font croire que l'association de ces modèles pourrait être considérablement profitable au domaine de la toxicomanie et des interventions en contextes d'autorité.

1.1 Le Modèle transthéorique du changement

Au cours des années 70, une rivalité s'est installée entre les adeptes des différents systèmes psychothérapeutiques, chacun essayant de prouver la supériorité en termes d'efficacité d'un système sur les autres. Le dogmatisme des défenseurs de divers courants psychologiques contrastait avec les recherches qui démontraient l'efficacité comparable des différentes approches psychothérapeutiques (Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith, Glass, & Miller, 1980).

À la fin des années 1970, James Prochaska et Carlo DiClemente manifestaient leur mécontentement à l'égard du champ de la psychothérapie à tous les points de vue : théorie, recherche et pratique. Selon eux, les différentes approches mettaient l'accent sur les théories de la psychopathologie, négligeant l'exploration des processus impliqués dans le changement de comportement (Prochaska & DiClemente, 2003). En essayant de combler ce vide, Prochaska et ses étudiants se sont lancés dans l'investigation des fondements théoriques de divers systèmes de psychothérapie avec l'objectif d'identifier des facteurs communs aux processus de modification du comportement. Cette démarche fut publiée pour la première fois en 1979 sous le titre « *Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis* » (Prochaska & Norcross, 1979)⁶. En analysant les quinze principaux systèmes de psychothérapie, dont la psychanalyse, les thérapies existentialistes, la gestalt-thérapie, le béhaviorisme, les thérapies cognitives et les thérapies systémiques, Prochaska et ses collaborateurs ont réussi à identifier dix procédés de changement considérés par toutes les approches (voir Tableau II).

Un peu plus tard, poussés par leurs conclusions théoriques concernant les dix procédés de changement communs, les chercheurs ont utilisé des méthodes expérimentales pour analyser comment les individus dépendants à la nicotine avaient été capables de cesser leur consommation de cigarettes (Prochaska & DiClemente, 1982). Cette étude étant initialement une tentative d'intégrer différents systèmes de psychothérapie, elle est devenue un modèle explicatif des processus impliqués dans le changement intentionnel

⁶ Ce livre en est actuellement à sa septième édition : Prochaska, J.O.; Norcross, J.C. (2010). « *Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis* ». Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

du comportement, notamment dans le changement des comportements addictifs. Ce modèle est actuellement connu sous le nom de *Modèle transthéorique du changement* (MTC) (Prochaska & DiClemente, 1984).

Grâce aux travaux qui sont à l'origine du modèle, le MTC incorpore les éléments de divers systèmes de psychothérapie, principalement des théories de l'apprentissage et du changement de comportement, d'où sa dénomination « transthéorique ». Cependant, le modèle ne tente pas de résoudre les conflits conceptuels existants entre les différentes théories intégrées dans son corpus théorique (DiClemente, 2005). Il permet plutôt de soulever les processus communs qui contribuent à une meilleure compréhension du changement de comportement.

L'objectif principal du MTC est de décrire les éléments essentiels au processus naturel de changement intentionnel du comportement, qui peut se produire avec ou sans intervention formelle (DiClemente & Scott, 1997). En fait, de nos jours, un vaste corpus de recherches empiriques soutient que la majorité des individus parvient à surmonter leurs troubles mentaux ou émotionnels sans utiliser de l'aide professionnelle. C'est-à-dire que des « facteurs extrathérapeutiques » pourraient influencer davantage le processus de changement que les variables qui caractérisent les interventions formelles (par exemple, les techniques d'intervention proposées) (Lambert & Barley, 2002). Ainsi, le MTC postule que le rétablissement est un phénomène humain naturel qui peut se produire très fréquemment (DiClemente & Scott, 1997).

Afin d'établir et d'approfondir les principaux piliers sur lesquels repose le modèle, les concepteurs ont adopté une démarche à la fois théorique et empirique, basée sur un volume significatif d'études scientifiques publiées au fil des trente dernières années. En fait, depuis la création du MTC, un grand nombre de recherches ont été conduites dans le but de vérifier son applicabilité et son utilité pour un large éventail de comportements humains. Bien que les comportements addictifs aient été à l'origine du modèle et continuent à intéresser les chercheurs (voir par exemple les études de Demmel, Beck, Richter, & Reker, 2004; Hannover et al., 2002; Vik, Culbertson, & Sellers, 2000 ciblant

la consommation d'alcool; de Callagan et al., 2005; DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008; Migneault, Adams, & Read, 2005 ciblant l'usage de drogues; et de Erol & Erdogan, 2008; Everson, Taylor, & Ussher, 2009; Ruggiero, Tsoh, Everett, Fava, & Guise, 2000 ciblant la consommation de tabac), le MTC est aussi utilisé dans des domaines aussi variés que la nutrition (Johnson et al., 2008; Wilson & Sclam, 2004), l'activité physique (Garber, Allsworth, Marcus, Hesser, & Lapane, 2008; Hutchinson, Breckon, & Johnston, 2009), les comportements à risque pour le VIH (Arden & Armitage, 2008; Bachman et al., 2009), la violence domestique (Brodeur, Rondeau, Brochu, Lindsay, & Phelps, 2008; Levesque Velicer, Castle, & Greene, 2008), etc.

En préconisant que la motivation constitue un « stade » et non un attribut de la personne (« trait »), ce modèle a influencé de façon significative les stratégies d'intervention auprès des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de SPA, notamment auprès de celles auparavant perçues comme non motivées (Hodgins, 2005).

1.1.1 Les concepts fondamentaux

La version la plus récente du MTC présente 4 dimensions principales du changement en interaction les unes avec les autres. Ces quatre dimensions sont : les stades, les procédés, les marqueurs et le contexte du changement (DiClemente, 2003).

1.1.1.1 Les stades de changement

Le point de départ du MTC est la reconnaissance du caractère dynamique de la motivation. Dans le cadre de ce modèle, la motivation n'est pas considérée comme une variable dichotomique (la personne est motivée ou non motivée). Étant une variable fluctuante au fil du temps, elle s'insérerait plutôt au sein d'un long continuum de stades qui divisent le processus de changement en différents segments selon le « niveau » de

« disposition au changement » de la personne (Velasquez, Sternberg, Dodrill, & Kan, 2005).

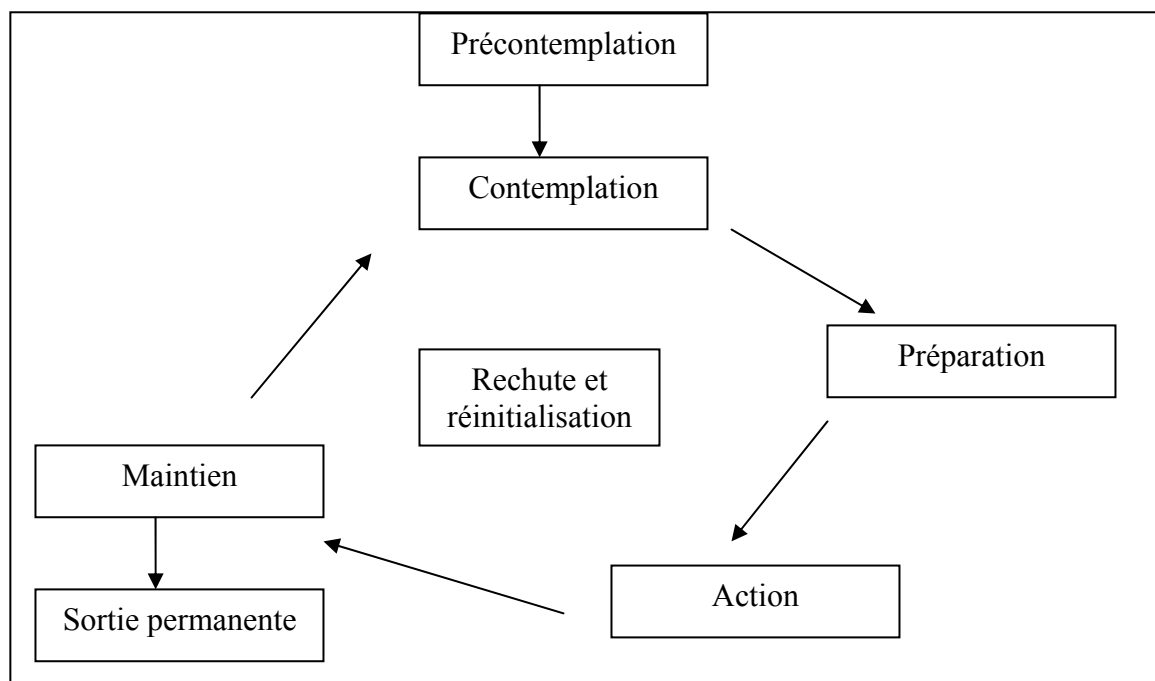
Le concept de « disposition » désigne l'ouverture de l'individu à s'engager dans le processus de changement. Il est important toutefois de souligner que les études sur le MTC ont révélé deux aspects de ce concept : la disposition au changement (la perception du problème combinée à la confiance en sa capacité de changer) et la disposition au traitement (la motivation à chercher et à accepter de l'aide). Évidemment, ces deux aspects du concept de disposition ne sont pas forcément équivalents, d'où la nécessité d'adapter adéquatement ce concept en fonction de la problématique en question (DiClemente, Schlundt, & Gemmel, 2004).

En partant d'un niveau inférieur vers un niveau supérieur de disposition, les stades de changement sont décrits dans l'ordre suivant. Un individu se situe dans le stade de la « précontemplation » quand il ne reconnaît pas son problème ou son besoin de traitement. Dans un premier temps, la motivation apparaît lorsque la personne commence à reconnaître les problèmes causés par sa consommation de drogues (« contemplation »). Puis, le niveau de motivation augmente dans la mesure où la possibilité et les options de changement sont prises en compte (« préparation ») et que la personne agit en fonction du changement souhaité (« action »), par exemple en tentant d'arrêter ou de diminuer sa consommation par elle-même ou s'engageant dans un programme de traitement. Finalement, l'individu passe par une phase de consolidation des changements (« maintien ») pendant laquelle il intégrera ses acquis à une nouvelle façon de se comporter face aux SPA (DiClemente, 2003).

Il faut souligner que la progression à travers les stades de changement n'est pas toujours linéaire. En fait, typiquement, elle suit plutôt un trajet circulaire. De ce fait, l'illustration classique du MTC est un cercle surnommé « La roue du changement » (voir Figure 1) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1982). Il est donc considéré comme normal le fait qu'un individu puisse passer plusieurs fois par les divers stades de changement avant

d'arriver à maintenir les modifications dans son comportement. Autrement dit, la rechute fait partie intégrante du processus de changement.

Figure 1 : La roue du changement



Source : DiClemente, 2003 p. 30.

Par ailleurs, la motivation au changement serait reliée à un comportement et à un objectif spécifique (DiClemente et al., 2004). Ainsi, selon les prémisses du modèle, un polyconsommateur de drogues peut se trouver au stade de l'action face à sa consommation de cocaïne et au stade de précontemplation pour ce qui est de son usage d'alcool et de cannabis.

Les développements récents en lien avec le MTC attribuent à chaque stade de changement différentes tâches et buts que doivent accomplir un individu afin qu'il puisse progresser à un niveau supérieur dans la « roue du changement » (voir Tableau I).

Tableau I : Les tâches et buts de chacun des stades de changement

Précontemplation

L'individu considère peu ou pas du tout la possibilité de changer son comportement actuel.

Tâches : hausser la conscience de la nécessité du changement ainsi que la préoccupation face au comportement actuel, considérer la possibilité de changement.

But : considérer sérieusement le changement du comportement actuel.

Contemplation

L'individu examine son comportement actuel ainsi que son potentiel de changement à travers une analyse du type coût-bénéfice.

Tâches : analyse des pour et contre du comportement ainsi que des coûts et bénéfices du changement de comportement. Prise de décision.

Buts : réaliser une évaluation qui conduira à la décision de changer.

Préparation

L'individu fait un compromis à l'égard du changement et élabore un plan avec des stratégies visant le changement.

Tâches : accroître le compromis et élaborer un plan de changement.

But : un plan d'action à implanter à court terme.

Action

L'individu met le plan en pratique et prend des mesures pour changer le comportement actuel et créer un nouveau comportement.

Tâches : implanter des stratégies pour le changement, réviser le plan quand nécessaire, maintenir le compromis face aux difficultés rencontrées en cours de route.

But : changement réussi du comportement. Un nouveau comportement établi pour une période de temps significative (de trois à six mois).

Maintien

Le nouveau comportement est soutenu pour une période de temps prolongée et est consolidé dans le style de vie de l'individu.

Tâches : maintenir le changement au long terme et à travers des situations diverses. Intégrer le nouveau comportement au quotidien. Éviter les rechutes vers d'anciens comportements.

But : le maintien du changement à long terme.

Source : DiClemente, 2003, p. 27.

1.1.1.2 Les procédés du changement

DiClemente et Prochaska (1985) assument que le changement de comportement est relié à l'activité de *coping* de l'individu telle que définie par les procédés du changement. Ces derniers représentent les expériences cognitives et comportementales qui poussent un individu à se mouvoir d'un stade de changement à l'autre. Dix principaux procédés du changement, cinq cognitifs et cinq comportementaux, ont été identifiés (voir Tableau II).

Tableau II : Les procédés du changement

Cognitifs/ Expérientiels

1. L'augmentation du niveau de conscience: l'individu hausse sa conscience par rapport à lui-même ou à la nature de son problème.
2. L'opportunité environnementale: l'individu perçoit les alternatives que l'environnement externe lui offre pour qu'il puisse commencer ou continuer ses démarches de changement.
3. L'éveil émotionnel: l'individu développe des réactions émotionnelles face au statu quo et/ou aux nouvelles possibilités de comportement.
4. La réévaluation personnelle: permet à l'individu d'évaluer quand et de quelle façon son problème entre en conflit avec ses valeurs personnelles.
5. La réévaluation de l'environnement : permet à l'individu de reconnaître les effets positifs et négatifs du statu quo et/ou des nouvelles possibilités de comportement sur les autres et sur son environnement.

Comportementaux

6. L'engagement : l'individu choisit de changer son comportement, assume la responsabilité de le faire et s'engage dans un nouveau comportement.
7. Le contre-conditionnement : l'individu analyse les stimuli environnementaux et les situations qui peuvent faciliter ou nuire au changement.
8. Le contrôle environnemental : l'individu procède à la restructuration de son environnement de façon à diminuer la probabilité que le comportement problématique puisse ressurgir.
9. La gestion des renforçateurs: fait référence à la gratification obtenue suite à l'atteinte de l'objectif. Cette gratification peut provenir de l'individu lui-même ou d'une personne significative pour lui.
10. Les relations aidantes : concerne l'acceptation ou la recherche active d'une aide extérieure.

Source : DiClemente, 2003, p.34.

1.1.1.3 Les marqueurs du changement

En plus des stades et procédés du changement, les recherches ont identifié deux autres concepts qui aident à délimiter le processus de changement. Il s'agit de la balance décisionnelle et de l'auto-efficacité. Le concept de balance décisionnelle a été emprunté à la théorie de la prise de décision de Janis et Mann (1977). Cette théorie propose un modèle qui envisage le poids des pour et contre du changement, ainsi que la balance décisionnelle résultante comme d'importantes composantes de la prise de décision en faveur d'une action (Janis & Mann, 1977). Dès les premiers stades motivationnels, la balance décisionnelle semble être un imposant marqueur de mouvement dans la roue du changement (Prochaska et al., 1994).

Le concept d'auto-efficacité élaboré par Albert Bandura est aussi mis en évidence dans le MTC. Selon Bandura (1997), l'auto-évaluation d'un individu concernant son

efficacité dans la performance d'un certain comportement prédit sa compétence ainsi que sa persévérance dans l'exécution de ce comportement. En d'autres mots:

« Efficacy evaluations can represent and individual's self-reported confidence to abstain from a problematic behavior as well as to perform a desired one. » (DiClemente, 2003, p. 37).

1.1.1.4 Le contexte du changement

Étant donné que tous les comportements se manifestent dans le contexte de vie des individus, le changement d'un comportement peut donc avoir d'importantes répercussions dans différentes sphères de leur vie. Or, le MTC propose une approche holistique pour mieux comprendre le processus de changement intentionnel des comportements. Ainsi, la contribution du contexte de vie au processus de changement est représentée par cinq zones de fonctionnement : 1) la situation de vie actuelle (les environnements internes et externes dans lesquels le changement doit prendre place); 2) les croyances et les attitudes (le système de croyances et de valeurs d'un individu qui forme le cadre cognitif à l'intérieur duquel se fera le changement); 3) les relations interpersonnelles (les relations dyadiques avec des personnes significatives, qui peuvent faciliter ou non le processus de changement); 4) les systèmes sociaux (incluant la famille, les réseaux sociaux et de travail dans lesquels l'individu est impliqué, qui offriront ou non le soutien au processus de changement) et 5) les caractéristiques personnelles durables (soit les traits de personnalité qui peuvent faciliter ou non le processus de changement) (DiClemente, 2003).

Parmi les quatre dimensions du MTC, les stades de changement sont considérés comme la dimension centrale et organisatrice du modèle ainsi que la dimension la plus fréquemment validée par les évaluations scientifiques (Hoeppepner et al., 2006; Migneault et al., 1997; Springer, Rivaux, Bohman, & Yeung, 2006). De façon générale, les recherches dans le domaine de la toxicomanie montrent que les individus passent par des processus analogues quand ils décident de changer un comportement (DiClemente & Prochaska, 1998; Horn, 1976). Bien plus, les éléments impliqués dans le processus de

changement s'avèrent essentiellement similaires tant pour l'apparition de nouveaux comportements (Kohler, Grimley & Reynolds, 1999; Marcus, Rossi, Selby, Niaura, R., & Abrahams, 1992; Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov, & Smith, 1998; Werch & DiClemente, 1994) que pour le changement de comportements habituels (Cury, Kristal, & Bowen, 1992; Feldman et al., 2000; Glanz et al., 1994; Grimley, Riley, Bellis, & Prochaska, 1993) ou la cessation de comportements problématiques (Connors, Donovan, & DiClemente, 2001; DiClemente, 1999; Isenhardt, 1994; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

1.1.2 Le Modèle transthéorique du changement, les jeunes consommateurs et les contextes d'autorité

Conformément à ce qui a été mentionné plus haut, le MTC a déjà été étudié pour une grande variété de comportements de santé et de contextes cliniques. Cependant, la grande majorité des recherches ciblant les comportements de consommation de SPA⁷ a été conduite auprès des populations adultes. En conséquence, d'après plusieurs chercheurs, les études investiguant la motivation pour changer la consommation de SPA des adolescents seraient encore à leur début (Battjes et al., 2003; Breda & Heflinger, 2007; Callaghan et al., 2005; Slesnick et al., 2009).

Le manque d'études auprès des jeunes est inquiétant dans la mesure où certains constats de la littérature scientifique indiquent que les processus motivationnels des adolescents pourraient être sensiblement distincts de ceux des adultes. D'une part, les caractéristiques développementales de l'adolescence (prise de risques, développement cognitif, construction de l'identité, etc.) auraient une influence sur la disposition du jeune, soit à consommer, soit à arrêter ou diminuer la consommation des SPA (Baer & Peterson, 2002). D'autre part, les recherches montrent que la majorité des jeunes entreprend un traitement de la toxicomanie grâce aux pressions des membres de la famille ou du système de justice (Breda & Heflinger, 2007). Ainsi, les pressions externes

⁷ Les études sur la consommation de tabac (comportement de fumer la cigarette) ont été incluses dans cette section étant donné la pertinence de leurs analyses du MTC auprès des adolescents et aussi de la quantité limitée des études sur l'applicabilité de ce modèle aux jeunes.

pourraient jouer un rôle non négligeable, mais encore peu connu, dans la motivation au changement des mineurs.

La majorité des études recensées conduites auprès des jeunes avait pour but principal de vérifier l'applicabilité des concepts proposés par le MTC à des populations adolescentes. Faisant suite aux recherches qui ont étudié ce modèle chez les adultes, les premières études qui ont impliqué des populations adolescentes ciblaient la consommation de cigarettes.

Chez les jeunes, la dimension la plus souvent vérifiée et confirmée est celle des stades de changement, tout comme l'indiquent les études réalisées auprès des adultes (Migneault et al., 1997). Les études sur les stades du changement des adolescents sont arrivées à d'importantes conclusions. Par exemple, à l'instar de Pallonen et al. (1998a), Plummer et al. (2001) affirment qu'une particularité des interventions proposées aux adolescents est le besoin de s'adresser tant à la cessation du comportement problématique qu'à la prévention de ceci. Ainsi, en plus des cinq stades de changement qui jouent un rôle dans la cessation des comportements, on devrait aussi considérer une série de stades d'acquisition de nouveaux comportements. Dans le cas de l'acquisition de nouveaux comportements, le progrès parmi les stades est inversé, c'est-à-dire que le but de l'intervention serait de retarder ou renverser le processus d'acquisition. Le processus d'acquisition se diviserait en trois stades seulement, la précontemplation (aPC), la contemplation (aC) et la préparation (aPR), et représenteraient différents niveaux de disposition à expérimenter le comportement en question.

Dans ce sens, Pallonen et al. (1998) ainsi que Plummer et al. (2001) en étudiant le tabagisme chez les jeunes, ont conclut qu'un adolescent qui se situe à un stade d'acquisition plus avancé que celui de la contemplation est considéré à risque élevé de devenir un fumeur. En plus, l'étude de Plummer et al. (2001) confirme trois des principaux concepts du MTC (stades d'acquisition / de changement, balance décisionnelle et auto-efficacité) tant chez un échantillon d'adolescents fumeurs que chez un autre constitué de non-fumeurs.

Le concept de stades de changement a aussi démontré son utilité grâce à des recherches menées auprès d'adolescents en traitement pour l'abus de substances (Callaghan et al., 2005; Springer et al., 2006). À l'aide de l'URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*), le questionnaire élaboré par les concepteurs du MTC, Callaghan et al. (2005) ont analysé la validité prédictive des stades de changement en ce qui concerne l'abandon du traitement. Les participants ont été évalués une seule fois au cours des deux premières semaines de traitement. Les chercheurs ont conclu que les adolescents qui étaient dans le stade de la précontemplation étaient les plus à risque d'abandonner le traitement avant d'arriver à son terme (dans ce cas, il s'agissait d'un traitement de 28 jours dans un contexte résidentiel). Ces résultats ont évidemment des impacts sur la pratique clinique, puisqu'en identifiant les jeunes plus à risque d'abandon, on peut élaborer des stratégies d'intervention qui pourront mieux combler leurs besoins et favoriser leur rétention au programme.

Toutefois, les stades de changement ne sont pas confirmés par toutes les études. Naar-King et al. (2006) ont analysé les concepts du MTC auprès d'un échantillon de jeunes séropositifs. Leur objectif était de vérifier la validité prédictive du modèle en ce qui concerne le changement de la consommation d'alcool et de marijuana. Les résultats montrent que, pour les deux substances, l'auto-efficacité est un médiateur de la relation entre le stade de changement et la consommation. C'est-à-dire que le stade n'était plus associé au comportement de consommation une fois que les deux dimensions de l'auto-efficacité (la confiance et la tentation) étaient incluses dans le modèle d'analyse. En fait, ces conclusions sont semblables à celles d'autres auteurs qui n'acceptent pas l'existence de stades de changement distincts (voir Littell & Girvin, 2002 pour une recension sur ce thème). Ils défendent plutôt la notion que les processus cognitifs continus (par exemple, l'auto-efficacité) seraient plus pertinents pour expliquer le changement de comportement (Littell & Girvin, 2002).

Les conclusions concernant les procédés de changement semblent également mitigées. En analysant les propriétés psychométriques de l'échelle d'évaluation « *Smoking*

cessation processes of change scale » auprès d'un échantillon de 798 étudiants, Hoepfner et al. (2006) concluent que l'utilisation de tous les dix procédés de changement augmente tout au long des stades, conformément à ce qui est postulé par le MTC. Or, cette étude souligne l'intérêt d'évaluer les procédés de changement dans le but d'outiller les cliniciens de façon à élaborer des interventions plus efficaces pour leur clientèle adolescente. Cependant, contrairement à l'étude précédente, l'effet des procédés de changement sur les possibilités d'avancement d'un stade motivationnel à un autre n'a pas été confirmé par Guo et al. (2009). En utilisant une méthodologie semblable à celle de Hoepfner et al. (2006) Guo, Aveyard, Fielding, & Sutton (2009) concluent que l'utilisation des procédés de changement n'est pas associée à une progression au sein des stades motivationnels. Il est à noter que les deux études ont choisi le même questionnaire, la deuxième profitant des résultats de validation publiés par la première.

Par ailleurs, les variables qui expliqueraient la motivation au changement des adolescents demeurent méconnues. En essayant de combler cette lacune au niveau de la recherche scientifique, une étude (Slesnick et al., 2009) s'est penchée sur les variables prédictives de la motivation au changement de la consommation de SPA auprès de 140 jeunes fugueurs⁸ et de leurs parents ou tuteurs. Les variables analysées ont été : le milieu familial, les symptômes dépressifs et la gravité de la dépendance. Leurs conclusions sont intéressantes. Premièrement, autant pour les adolescents que pour leurs parents, la perception de la qualité du milieu familial a prédit les symptômes dépressifs, qui à leur tour ont prédit la motivation au changement de l'adolescent. Ainsi, les parents qui ont démontré plus de symptômes dépressifs (en partie à cause de leur perception du milieu familial), ont influencé positivement la motivation au changement des jeunes :

« ... parents with more depressif symptoms might be less involved in their adolescent's life and might pressure their adolescent children less to change – possibly (and paradoxically) leaving those adolescents more motivated to change. » (Slesnick et al., 2009, p. 681).

⁸ Les auteurs définissent « jeune fugueur » comme un jeune qui a quitté sa maison pendant plus de 24 heures, sans la permission de ses parents ou tuteurs (Slesnick et al., 2009, p. 675).

Dans le même sens, les symptômes dépressifs des adolescents (partiellement associés à leur perception du milieu familial) ont aussi prédit une plus grande motivation au changement, confirmant la relation entre détresse psychologique et motivation au changement soulignée dans d'autres études (par exemple Battjes et al., 2003). En ce qui concerne la gravité de la dépendance, les auteurs observent que plus les adolescents sont dépendants, plus ils sont motivés à changer. Bien que ce résultat soit cohérent avec les études réalisées auprès des adultes (Hiller et al., 2009; Shen, McLellan, & Merrill, 2000), ce lien qui unit la gravité de la dépendance à la motivation au changement fait moins consensus quand il est question des adolescents (Breda & Helfinger, 2007; Slavet et al., 2006).

Sur ces conclusions mitigées, Slesnick et al. (2009) affirment que les différences observées dans les études peuvent être dues à des distinctions entre les niveaux de pression externe subis par les jeunes participants. Les auteurs présument que la corrélation positive entre la gravité de la dépendance et la motivation au changement deviendrait nulle si l'adolescent vivait une importante pression externe l'incitant à changer son comportement. Dans leur étude, les chercheurs ont observé que les intervenants consacraient davantage d'effort à encourager l'implication parentale dans le traitement, que l'implication des adolescents. C'est pourquoi, les pressions externes n'auraient pas interféré dans la relation gravité-motivation de leurs jeunes participants.

En soulignant le rôle des pressions externes sur la motivation, l'étude de Slesnick et al. (2009) met en lumière l'aspect le moins développé du MTC : le contexte de changement. Le manque d'attention portée à cette cinquième dimension du MTC est flagrant et vérifiable autant dans les études conduites auprès des adolescents que dans celles se rapportant à des échantillons adultes (notez à cet effet les rares études citées par DiClemente, 2003). Au meilleur de notre connaissance, au moment de la rédaction de cette thèse, aucune étude publiée ayant pour but de vérifier les dimensions du MTC auprès d'adolescents consommateurs de SPA n'a ciblé le contexte de changement.

Pourtant, étant donné que les relations interpersonnelles semblent particulièrement intenses au cours de l'adolescence (recherche d'identification avec le groupe de pairs, tentatives d'éloignement des influences des adultes), nous aurions suffisamment d'éléments pour croire, à l'instar de Slesnik (2009), que l'environnement externe peut jouer un important rôle sur la motivation au changement des adolescents. Or, les possibles relations entre la motivation au changement et les pressions externes pourraient gagner en importance si l'analyse des relations d'aide se faisait dans les contextes d'autorité (où les clients ne sont pas toujours volontaires à l'intervention). C'est notamment le cas de la présente recherche dont l'échantillon est composé de jeunes qui se sont retrouvés dans un centre de réadaptation vers lequel ils ont normalement été référés par des tiers (famille ou système de justice) qui, la plupart du temps, souhaitent et attendent un changement de comportement significatif de leur part.

Seulement deux études discutant de façon approfondie l'application du MTC aux contextes d'autorité ont été retracées. Malheureusement, aucune des deux n'a été menée auprès d'adolescents. D'ailleurs, les environnements et les populations analysés dans ces études sont très différents. Girvin (2004) discute de la pertinence du MTC pour analyser le profil d'utilisateurs (parents ou tuteurs d'enfants) des services sociaux de protection de l'enfance (*child welfare system*); tandis que Casey et al. (2005) révisent la littérature sur l'application du MTC en milieu correctionnel. Malgré les différences dans leur nature, les deux études soulignent le fait que le MTC décontextualise la motivation des individus. En mettant l'accent sur le stade de motivation et les procédés (cognitifs et comportementaux) de changement du client, le modèle néglige le contexte social et juridique qui joue sur la possibilité de modification du comportement considéré problématique (Casey et al., 2005; Girvin, 2004).

Les études discutent de la complexité d'évaluer le processus de changement quand il est question de contextes d'autorité. Or, les parents ou tuteurs qui obtiennent des services de protection à l'enfance ne sont habituellement pas volontaires à recevoir ces services et peuvent être l'objet d'une forte pression les incitant à modifier leurs comportements ou situations de vie. Ils risquent de subir d'importantes conséquences s'ils n'apportent

aucun changement : perte des services ou des ressources et même la garde de leurs enfants. Pour cette raison, ils peuvent répondre affirmativement quand on les questionne sur les changements effectués, même s'ils sont en désaccord ou s'ils ne voient pas la nécessité de réaliser de tels changements (Girvin, 2004).

Dans le même sens, le milieu carcéral constitue un important défi à l'évaluation du changement de comportement. Casey et al. (2005) notent que le MTC a été élaboré à partir d'études portant sur des comportements qui se manifestent fréquemment (par exemple, le tabagisme ou l'alcoolisme) et qui sont donc facilement observables en termes de réduction, récidive, maintien ou abstinence. Par ailleurs, il est très difficile d'évaluer le changement des comportements criminels lorsque l'individu est incarcéré ou sous contrainte de mesures de sécurité et de surveillance.

« Criminal offending, particularly in a prison environment, will not only occur less frequently, but when it does occur, is typically less likely to be observed. Moreover, the artificial environment in which offenders live may contribute to any reduction in frequency, even a temporary remission of offending behavior. » (Casey et al., 2005, p. 166/167)

Ainsi, dans ces milieux, l'évaluation des stades et procédés de changement tel que conçue par le MTC peut ne pas bien représenter toute la complexité du processus de modification du comportement sous pression externe. Par exemple, un individu en « rémission forcée » d'un certain comportement peut exprimer une certaine motivation au changement, mais ce discours peut simplement refléter une modification de comportement actuelle (Casey et al., 2005). C'est-à-dire que les stades d'action et de maintien sont particulièrement difficiles à évaluer chez un individu sous surveillance et contrainte. Dans ces cas, la distinction entre la modification intentionnelle de comportement et la conformité aux règles est souvent très compliquée.

Par ailleurs, à l'instar de Berry (1998) et Miller (1985), Girvin (2004) soulève que la résistance et la disposition au changement sont des phénomènes complexes qui n'émanent pas seulement du client. Tandis que le MTC s'occupe surtout des stades

motivacionnels intrinsèques à l'individu, la disposition au changement serait mieux comprise en tant que produit des interactions entre client, intervenant et contexte. Les procédés de changement peuvent varier énormément dépendamment de la complexité du comportement ciblé et des facteurs de stress et de soutien externes. Par exemple, dans l'étude de Girvin (2004), la disposition au changement des clients a été associée à ses situations de vie courantes, à ses relations interpersonnelles et à ses expériences passées.

Les études de Casey et al. (2005), Girvin (2004) et Slesnick (2009), ajoutées au manque flagrant d'autres discussions sur l'application du MTC aux processus de changement sous pression externe, démontrent qu'au moment présent, ce modèle n'est pas suffisamment développé pour offrir une base solide à l'analyse des dimensions contextuelles (p.ex. environnement, relations interpersonnelles, contraintes) du changement. Pour cette raison, la TAD a été intégrée à notre recherche (Deci & Ryan, 1985). Cette théorie est particulièrement utile à la compréhension des sources externes de motivation au changement présentes dans les contextes potentiellement coercitifs.

1.2 La Théorie de l'auto-détermination

Depuis plus de 30 ans, la TAD inspire les scientifiques intéressés au domaine de la motivation. Nombreux livres et articles scientifiques emploient cette théorie dans divers champs d'intérêt, comme l'éducation, les soins de santé, l'exercice physique, la psychopathologie, la psychothérapie et la consommation de SPA (voir Deci & Ryan, 2008 pour une recension des écrits). La vaste applicabilité de la TAD n'est pas étonnante, étant donné qu'il s'agit d'une théorie générale de la motivation humaine élaborée sur des principes et des concepts vérifiés expérimentalement (Deci & Ryan, 2008).

Deci et Ryan (1985) conceptualisent l'auto-détermination telle que la capacité humaine de choisir, plutôt que de concevoir les actions comme étant déterminées par des contingences de renforcement ou d'autres forces ou pressions. Néanmoins, l'auto-détermination serait non seulement une capacité, mais aussi un besoin. En fait, les êtres

humains auraient la propension naturelle à être autodéterminés, ce qui les amènerait à s'impliquer dans des activités considérées intéressantes. En fait, le principal domaine d'investigation de la TAD porte sur les tendances naturelles de développement et les besoins psychologiques innés, qui seraient les bases de l'automotivation et de l'intégration de la personnalité des êtres humains (Ryan & Deci, 2000). Cependant, les tenants de la TAD reconnaissent que malgré la prédisposition naturelle à l'auto-détermination, les individus peuvent, dans certaines circonstances, présenter un état passif et même apathique.

“SDT assumes that people are by nature active and selfmotivated, curious and interested, vital and eager to succeed because success itself is personally satisfying and rewarding. The theory recognises, however, that people can also be alienated and mechanized, or passive and disaffected.” (Deci & Ryan, 2008, p.14)

Afin d'expliquer les différences entre l'activité et la passivité du comportement, la TAD vise à comprendre le « type » (la « qualité ») de motivation en question, tandis que d'autres théories s'occupent de la « quantité » de motivation impliquée dans un certain comportement. Dans le cadre de la TAD, les différents types de motivation seraient le résultat de l'interaction entre les tendances innées à l'activité et les environnements sociaux qui supportent ou non ces tendances (Deci & Ryan, 2008).

1.2.1 Les concepts fondamentaux

Dans cette section seront présentés certains aspects centraux de la TAD : les besoins humains, la différence entre motivation interne et externe, les divers types de motivation externe et leurs distinctions, la différence entre motivation autonome et motivation contrôlée ainsi que les conséquences qui y sont reliées et finalement, les moyens à privilégier pour faciliter l'intégration de la motivation.

1.2.1.1 Les besoins humains

À l'aide de méthodes empiriques, les études sur la TAD ont identifié trois besoins fondamentaux des êtres humains : (1) de compétence (le besoin d'expérimenter de la confiance dans ses habilités et dans la possibilité de produire un effet sur les résultats d'une action), (2) d'autonomie (ou d'auto-détermination : le besoin de se sentir autonome dans ses actions, plutôt que de se sentir contrôlé ou forcé) et (3) de relations interpersonnelles (ou *relatedness* : le besoin d'expérimenter des liens interpersonnels significatifs et de développer des relations sociales satisfaisantes) (Deci & Ryan, 2000).

Les environnements qui facilitent la satisfaction de ces besoins soutiendraient les tendances naturelles des individus et contribueraient au développement d'une motivation optimale, conduisant à des résultats plus positifs sur le plan psychologique, développemental et comportemental (Ryan & Deci, 2000). Contrairement, les environnements qui frustrer ces besoins produiraient des formes moins optimales de motivation et pourraient avoir des effets nuisibles sur le bien-être (Deci & Ryan, 2008).

1.2.1.2 Motivation interne et externe

Certaines théories du développement humain se sont intéressées aux effets des environnements sociaux sur les comportements, par exemple, à travers l'étude des renforcements, des punitions et des relations interpersonnelles. Ces théories (par exemple Bandura, 1997) ont traité la motivation comme un concept unitaire qui varie selon son ampleur (« quantité »). Donc, on a assumé que les individus « plus » motivés réussiraient plus facilement et seraient plus accomplis (Deci & Ryan, 2008). À l'opposé, la TAD soutient que, quand on cherche à prédire des comportements, une analyse en fonction du type de motivation est normalement plus utile qu'une analyse de son ampleur (Ryan & Deci, 2000).

Pour mieux comprendre les assises de la TAD, une première distinction se fait nécessaire, celle entre la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. Selon Deci

et Ryan (1985), la motivation intrinsèque serait liée aux besoins innés de compétence, d'auto-détermination et de relations interpersonnelles significatives. Ces besoins motiveraient un processus continu de recherche et de tentatives d'accomplir des défis optimaux (ni trop faciles, ni trop difficiles). Quand les personnes sont intrinsèquement motivées, elles s'engagent dans des activités en fonction des sentiments positifs que les activités elles-mêmes leur procurent. Elles expérimentent intérêt et plaisir, se sentent compétentes et autonomes et démontrent de la curiosité.

D'autre part, la motivation extrinsèque fait référence aux comportements qui sont réalisés dans le but d'accéder à certains résultats extérieurs à l'activité elle-même. En d'autres mots, le comportement est extrinsèquement régulé quand les individus agissent pour atteindre une conséquence déterminée, soit accéder à une récompense, soit éviter une punition ou une situation indésirable ou menaçante (Deci & Ryan, 2000). Contrairement à l'intérêt et à la liberté expérimentés dans les activités intrinsèquement motivées, les comportements extrinsèquement motivés provoquent normalement des sensations de pression et de tension. Ainsi, selon Deci et Ryan (1985), lorsqu'une personne vit de la pression, démontre des niveaux importants d'anxiété ou qu'elle travaille dans l'urgence, on peut parier que des motivateurs externes agissent sur son comportement.

Bien que certaines perspectives considèrent les comportements extrinsèquement motivés comme invariablement non autonomes, la TAD affirme que la motivation extrinsèque peut varier grandement dans son degré d'autonomie (Ryan & Deci, 2000). La TAD développe cette question à travers « *la théorie de l'intégration organismique* » (TIO) (Deci & Ryan, 1985). Il s'agit d'une sous-théorie qui a pour but de détailler les différentes formes de motivation extrinsèque et les facteurs contextuels qui peuvent faciliter ou nuire à l'internalisation et l'intégration de la régulation des comportements (Ryan & Deci, 2000).

1.2.1.3 La Théorie de l'intégration organismique

Le modèle de base de la Théorie de l'intégration organismique de Ryan et Deci (2000) est illustré par la Figure 2. Les différents profils motivationnels sont organisés de gauche à droite en fonction du degré d'appartenance des motivations au *self* (c.-à-d. le degré d'autodétermination des comportements). À l'extrême gauche, on retrouve « l'amotivation », où la personne ne démontre aucune intention d'agir. Ce manque de motivation peut être occasionné par une non-valorisation de l'activité elle-même, par un manque de confiance en sa capacité à la réaliser ou par le fait que la personne ne croit pas qu'une telle activité puisse lui apporter des gains souhaitables. Par ailleurs, Deci et Ryan (1991) ont décrit un second type d'amotivation : la perte de contingence entre le désir de cesser un comportement (ou une émotion) et le fait de poursuivre ce comportement. C'est-à-dire que la personne ne perçoit plus que le comportement en question est sous son contrôle. Généralement, lorsque amotivées les personnes se sentent désabusées et se demandent pourquoi ils effectuent le comportement. Elles ne sont ni intrinsèquement, ni extrinsèquement motivées : il y a une absence relative de la motivation (Vallerand & Brière, 1995).

En suivant le modèle vers la droite de l'amotivation, cinq classifications de comportements dits motivés se distinguent. À l'extrême droite se trouve le stade de « motivation intrinsèque » qui caractérise les comportements motivés par la satisfaction inhérente à l'activité, ceux-ci étant donc hautement autonomes et représentent le prototype de l'auto-détermination. Par ailleurs, les comportements extrinsèquement motivés se situent au sein du continuum entre l'amotivation et la motivation intrinsèque et varient selon le degré d'autonomie de sa régulation (Ryan & Deci, 2000).

Les moins autonomes des comportements extrinsèquement motivés sont causés par une « régulation externe ». Ces comportements sont réalisés afin de satisfaire une demande extérieure, d'obtenir une récompense ou d'éviter une punition (Ryan & Deci, 2000). Selon la TAD, la régulation externe peut contrôler le comportement temporairement,

mais la personne aura tendance à se conformer seulement quand les contrôles sont actifs (Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005).

Le deuxième type de motivation externe est nommé « régulation introjectée ». Il s'agit d'une forme relativement contrôlée de régulation dans laquelle les comportements sont adoptés dans le but d'éviter la culpabilité ou l'anxiété ou pour valoriser l'estime de soi. Malgré qu'ils soient intérieurement contrôlés, les comportements introjectés sont perçus comme ayant un locus de contrôle externe, les individus n'ont alors pas l'impression d'avoir choisi librement le comportement (Ryan & Deci, 2000).

En suivant le continuum, une première manifestation d'auto-détermination des comportements extrinsèquement motivés se dessine, il s'agit de la « régulation identifiée ». Dans ce cas, l'action est perçue comme personnellement importante dans le sens où elle peut aider à l'atteinte de résultats significatifs du point de vue de l'individu (Ryan & Deci, 2000). Le comportement est alors consciemment accepté et considéré nécessaire pour parvenir à certains buts valorisés par l'individu (Markland et al., 2005).

Finalement, la forme la plus autonome de motivation extrinsèque est la « régulation intégrée ». L'intégration se produit quand les régulations identifiées sont complètement assimilées par le *self*. Cela veut dire qu'elles ont été évaluées et jugées congruente avec les valeurs et les croyances personnelles (Ryan & Deci, 2000). La régulation intégrée est similaire à la motivation intrinsèque, dans les deux cas, l'individu s'engage dans le comportement volontairement, sans avoir l'impression d'être forcé, étant ainsi autodéterminé. Cependant, dans les cas de régulation intégrée, l'individu agit en fonction des objectifs plutôt que pour la satisfaction inhérente à l'activité (Markland et al., 2005).

Les auteurs se réfèrent aux concepts d'introjection, d'identification et d'intégration pour distinguer les trois types d'internalisation, qui diffèrent en fonction du degré avec lequel les régulations s'intègrent au *self* de la personne. La moins effective étant l'introjection, tandis que l'intégration se situe à l'autre extrême (Deci & Ryan, 2008).

Vasteenkiste et Sheldon (2006) notent que dans un contexte de changement thérapeutique du comportement, le concept de motivation intrinsèque semble moins utile. En fait, il est difficile de comprendre comment les cliniciens peuvent augmenter la motivation intrinsèque de leur client face au changement, surtout qu'il n'est généralement pas « plaisant » de modifier certains aspects problématiques de notre comportement. En ce sens, le changement de comportement est probablement amorcé à des fins instrumentales, dans le but de remédier à certains problèmes personnels. Markland et al (2005) soutiennent d'ailleurs que les efforts cliniques doivent cibler principalement l'internalisation et l'intégration des comportements extrinsèquement motivés, plutôt que de la motivation intrinsèque.

Quand les personnes internalisent les régulations, elles expérimentent une plus grande autonomie dans leurs actions. Ce processus peut se produire par étape, sur une certaine période de temps, mais la TAD ne considère pas qu'il s'agit d'un continuum développemental au cours duquel les individus doivent passer par tous les stades d'internalisation pour un comportement donné. Au contraire, certains comportements nouveaux peuvent être immédiatement internalisés, tout dépendant des expériences antérieures de l'individu et des facteurs situationnels actuels (Ryan & Deci, 2000).

1.2.1.4 Motivation autonome et contrôlée

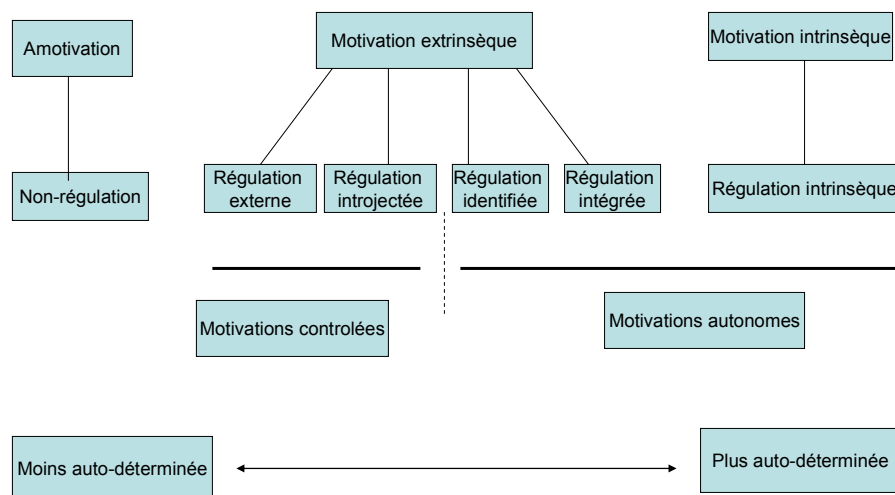
Dans leur livre de 1985, Deci et Ryan se réfèrent à la motivation autonome et contrôlée comme étant des « *orientations causales* » (Deci & Ryan, 1985, p.153). Ils expliquent que les vocables « autonome » et « contrôlée » ont été insérés à défaut des termes « interne » et « externe » sont utilisés par d'autres théories (p.ex. dans la littérature portant sur le locus de contrôle) avec une signification sensiblement différente de celle privilégiée par la TAD.

Pour éviter la confusion, les régulations dites externe et introjectée sont considérées comme des types de « motivation contrôlée », tandis que les régulations dites identifiée,

intégrée et intrinsèque représenteraient des formes de « motivation autonome » (Deci & Ryan, 1985). Évidemment, tant les motivations autonomes que les motivations contrôlées indiquent une intention de la personne d'agir, malgré que les résultats qui en découlent puissent être différents. À l'inverse, l'amotivation désigne l'absence d'intention d'agir. L'amotivation résulte d'une dévalorisation de la part de la personne quant aux possibles résultats du comportement, d'une croyance que le comportement n'amènera pas aux résultats souhaités ou d'un sentiment d'incompétence face à l'engagement dans le comportement (Deci & Ryan, 2008).

À nos jours, des douzaines d'études expérimentales et sur le terrain (*field studies*) ont été conduites, dans différents domaines, afin d'examiner les conséquences de la motivation autonome et de la motivation contrôlée. Deci & Ryan (2008) affirment que ces études ont constamment associé la motivation autonome à une plus grande persistance, davantage d'affects positifs, l'augmentation de la performance (surtout dans des activités heuristiques) et un plus grand bien-être psychologique.

Figure 2 : Les types de motivation et de régulation selon la TAD dans leur continuum d'autodétermination



Source : Deci et Ryan, 2008, p. 17.

1.2.1.5 Le processus d'intégration de la motivation

Il apparaît que non seulement la motivation intrinsèque, mais aussi les formes de motivation extrinsèque relativement internalisées soient associées à des expériences humaines positives et à des impacts favorables sur le plan de la santé et la performance. C'est en ce sens que la TAD s'intéresse particulièrement aux situations sociales qui faciliteraient l'internalisation et l'autonomie (Deci & Ryan, 2008).

De façon générale, la TAD suggère que les conditions qui facilitent la satisfaction des besoins humains fondamentaux contribuent à l'internalisation et à l'intégration de la motivation (voir Deci & Ryan, 2008 pour une recension des écrits). Par conséquent, se sentir impliqué au sein d'une famille ou d'un groupe, se sentir compétent pour réaliser certains comportements, ainsi que d'être encouragé et soutenu à réfléchir sur la valeur personnelle d'un comportement peuvent faciliter le développement de la régulation identifiée et de la régulation intégrée (Deci & Ryan, 2008).

Plus précisément, les études soulignent que les environnements qui soutiennent l'autonomie présentent certaines particularités. Par exemple, ils : 1) fournissent de l'information sans pression à propos du changement de comportement; 2) présentent une rétroaction positive quant aux compétences de la personne; 3) n'exercent pas de pression en faveur du changement de comportement ou de l'accomplissement d'un objectif; 4) prennent connaissance et acceptent le point de vue de l'autre; 5) offrent des choix; et 6) proposent un raisonnement convaincant (Foote et al., 1999). La présence de ces prémisses (mises en place par un enseignant, un intervenant, un parent, etc.) encourage et soutient le développement et le maintien de la motivation internalisée et autonome (Foote et al., 1999; Niemiec, Ryan, Deci, & Williams, 2009).

1.2.2 La Théorie de l'auto-détermination, les comportements addictifs et les jeunes en difficulté

Conformément à ce qui a déjà été mentionné, plusieurs champs de la connaissance ont déjà été investigués sous le point de vue de la TAD. Elle a été vastement appliquée à la psychologie du sport (Ryan & Deci, 2007; Vastenkiste & Deci, 2003), en éducation (Roth, Assor, Niemiec, Ryan, & Deci, 2009; Niemiec et al., 2006), aux soins de santé (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008; Williams, Lynch, & Glasgow, 2007) et au comportement organisationnel (Baard, Deci, & Ryan, 2004; Lynch, Plant, & Ryan, 2005). Des études ont aussi été élaborées en psychopathologie (Ryan, 2005), en lien avec le comportement écologique et le développement durable (Osbaldiston & Sheldon, 2003), les environnements virtuels (Przybylski, Ryan, & Rigby, 2009), en religion (Sheldon, 2006), en politique (Downie, Koestner, & Chua, 2007) et en psychothérapie (Ryan & Deci, 2008). Néanmoins, cette théorie a été significativement moins influente pour l'étude des comportements addictifs.

Une des raisons qui explique cette situation réside dans la grande popularité d'autres modèles motivationnels, notamment le MTC, parmi les chercheurs et les cliniciens des milieux d'intervention en toxicomanie (Kennedy & Gregoire, 2009; Simoneau & Bergeron, 2003). Quoiqu'il en soi, la relative sous-utilisation de la TAD dans la compréhension des comportements reliés à la consommation de SPA demeure intrigante, étant donné la pertinence de ses bases théoriques pour les interventions en toxicomanie. Selon Tremblay et Simoneau (2010), trois arguments militent en faveur de l'utilisation de la TAD dans le domaine des comportements addictifs : 1) elle offre une base théorique solide pour comprendre la motivation en tant que produit d'échanges interpersonnels, 2) elle permet l'analyse des processus psychologiques responsables du changement et 3) elle considère divers degrés et divers types de motivation, chacun entraînant des conséquences différentes sur les processus de changement de comportement.

La première étude publiée utilisant la TAD dans le champ des dépendances a probablement été celle de Ryan, Plant et O'Malley (1995), conduite auprès de 109

patients admis dans un traitement ambulatoire pour l'alcoolisme. L'objectif principal était d'examiner la relation entre la motivation et la rétention en traitement. Les patients ont été évalués au moment de leur admission et deux mois après. Les résultats indiquent que la motivation internalisée est associée à un plus grand engagement du patient dans le traitement et à une rétention plus soutenue. Les individus présentant un degré élevé de motivation internalisée et externalisée ont été ceux qui ont obtenu les meilleurs taux d'assiduité et de rétention, tandis que ceux ayant une basse motivation internalisée ont démontré peu de réponse face au traitement (indépendamment du degré de motivation externalisée). C'est pourquoi les chercheurs affirment que:

“In treating alcoholics, then, it appears that external pressure in the form of legal referral or family pressure is most likely to be effective when it co-occurs with internalised reasons for seeking treatment.” (Ryan et al., 1995, p. 294)

Parallèlement, les symptômes de détresse psychologique (anxiété, dépression, etc.) ont été corrélés à des degrés plus élevés de motivation internalisée et de recherche d'aide dans le contexte de traitement. Ainsi, il semble qu'un certain degré de détresse émotionnelle, de problèmes dans la vie ou de perturbation psychiatrique puisse être nécessaire afin de motiver les patients à suivre les recommandations du thérapeute (Ryan et al., 1995). Ces constatations sont cohérentes avec les prémisses populaires qui croient que les individus présentant une dépendance aux psychotropes doivent « toucher le bas fond » avant d'être prêts à changer leur comportement (Orsi & Brochu, 2010). Quoique cette expérience de « toucher le bas fond » puisse être différente d'une personne à l'autre, l'étude de Ryan et al. (1995) suggère que la gravité des symptômes de détresse psychologique est une mesure plus fiable de l'atteinte du « bas fond » que l'intensité de la consommation.

Également intéressés à comprendre la motivation au traitement de la toxicomanie, Zeldman, Ryan et Fiscella (2004) ont examiné la motivation initiale des patients à participer à un programme d'entretien à la méthadone. Dans cette étude, les degrés de motivation intrinsèque et extrinsèque sont reliés aux résultats : les individus intrinsèquement motivés avaient des taux moindre de rechute et une meilleure

participation au programme que les individus extrinsèquement motivés. Cependant, tout comme Ryan et al. (1995), Zeldman et al. (2004) ont identifié la présence d'une interaction particulière entre les motivations intrinsèque et extrinsèque chez un sous-groupe d'individus qui ne se conformaient pas au traitement. Pour ces usagers, une haute motivation extrinsèque face au traitement, pairée d'une faible motivation intrinsèque, a gravement affecté leur participation au programme, en plus d'être associée à des taux élevés de rechute. Les auteurs concluent que la motivation extrinsèque peut affecter sévèrement les possibilités de participation à un programme de traitement, mais qu'elle peut à la fois s'avérer très utile lorsqu'elle s'accompagne de la motivation intrinsèque.

“The nature of addiction to either alcohol or drugs may be such that external forces acting or pressuring the individual to engage and remain in treatment are useful adjunctive when they converge with an inner desire to change.” (Zeldman et al., 2004, p.692)

Les effets des différentes sources de motivation sur le comportement des individus en traitement pour la toxicomanie ont fait l'objet de l'étude de Wild, Cunningham et Ryan (2006). En ce qui concerne la motivation extrinsèque au traitement, les auteurs concluent que : 1) elle est plus élevée chez les individus référés par le système de justice; 2) elle est positivement corrélée aux perceptions d'être forcé à suivre un traitement et aux pressions du réseau social pour arrêter ou diminuer la consommation ou commencer un traitement et 3) elle est inversement corrélée ou sans corrélation avec la gravité des problèmes. Ces résultats suggèrent que la motivation extrinsèque est plus évidente chez les patients qui ne présentent pas de dépendance et qui éprouvent des pressions de leur réseau social pour qu'ils diminuent ou cessent de consommer et/ou pour qu'ils cherchent de l'aide. Par ailleurs, les pressions légales et du réseau social n'apparaissent pas être associées à la perception des bénéfices et des coûts du changement de comportement, à la consommation de psychotropes avant le traitement, ni à l'intérêt envers le traitement actuel.

En considérant le deuxième niveau d'internalisation, il ressort que la motivation introjectée est positivement corrélée à la fois aux pressions du réseau social qui poussent

vers une recherche d'aide et une diminution de la consommation, et à la dépendance aux SPA. En plus, les raisons introjectées à entamer un traitement s'avèrent positivement associées tant à la perception des coûts qu'à la perception des bénéfices liés au changement de la consommation de psychotropes. Ce résultat est cohérent avec la conceptualisation de l'introjection proposée par la TAD, qui implique des sentiments de conflit et de culpabilité (Wild et al., 2006).

Finalement, la motivation identifiée au traitement était : 1) plus élevée parmi les individus autoréférés au traitement; 2) négativement corrélée aux perceptions de suivre un traitement sous contrainte; 3) non associée à des pressions pour diminuer la consommation ou chercher de l'aide et 4) positivement associée à la gravité des problèmes. La motivation identifiée serait aussi associée à des tentatives antérieures de réduction de la consommation, c'est-à-dire que les clients qui internalisent les buts du traitement et choisissent de chercher de l'aide agissent activement pour diminuer leur consommation, et ce, même avant de commencer un traitement (Wild et al., 2006).

Dans une autre étude, Wild, Cunningham et Hobdon (1998) ont analysé le rôle des interactions interpersonnelles dans le contexte des traitements des toxicomanies. Cette étude conclut que les clients qui étaient perçus par leurs thérapeutes comme ayant choisi librement d'entamer le traitement pour l'alcoolisme étaient aussi perçus comme les plus intéressés au traitement et les plus portés à changer positivement leur comportement (c.-à-d. adopter l'abstinence). En outre, les thérapeutes qui étaient perçus par leurs clients comme sincèrement intéressés à l'intervention étaient aussi considérés comme les plus compétents. Les auteurs discutent également de l'importance de bien évaluer les différents types de motivation contrôlée chez les patients qui commencent un traitement pour la toxicomanie. Dans le cas de cette étude, le fait qu'un ordre judiciaire ait poussé un client à débiter un traitement n'a pas diminué les attentes du thérapeute concernant les possibilités de changement, quoique cet ordre soit tout de même perçu comme nuisible à l'intérêt que porte le client au traitement. Cependant, un autre type de motivation contrôlée, soit de vouloir présenter une image positive de soi devant le juge, a été perçue par les thérapeutes comme diminuant à la fois les possibilités de

changement et l'intérêt du client face au traitement. De même, en fonction du type de motivation du client, la perception de ce dernier concernant la motivation de son thérapeute semble avoir une influence différente :

“When a client is genuinely interested in change (i.e., when he or she is autonomously motivated), motivation of the therapist makes little difference in terms of influencing beliefs about treatment efficacy. On the other hand, people believe that autonomously motivated therapists can reverse the expected negative consequences associated with compulsory treatment and impression management.” (Wild et al., 1998, p.99)

Autrement dit, il semble que le fait de percevoir son thérapeute comme motivé à réaliser l'intervention de façon autonome soit encore plus important pour la progression des usagers qui commencent le traitement en présentant une motivation contrôlée.

Dans le cadre de la TAD, les études ciblant les comportements addictifs auprès des adolescents sont également très peu nombreuses. Intéressés au développement des comportements à risque pour la santé (soit la consommation d'alcool, de marijuana et de tabac et les relations sexuelles non protégées), Williams, Cox, Hedberg et Deci (2000) ont testé les hypothèses suivantes : 1) les comportements à risque seraient associés à l'importance accordée à des valeurs et aspirations extrinsèques (par exemple : la célébrité, la richesse, l'image personnelle); et 2) un environnement parental perçu par les jeunes comme étant faible en source de soutien à l'autonomie serait associé à l'importance qui est accordée aux aspirations extrinsèques et à l'engagement dans des comportements à risque. Leurs résultats indiquent une association positive entre les aspirations extrinsèques et les comportements à risque pour la santé :

“It has been suggested that relatively strong extrinsic aspirations result from individuals' having learned to look outward, rather than to their own basic needs, for regulatory direction and for goals that represent visible signs of worth. This then makes adolescents more vulnerable to tobacco and alcohol advertising, and to peer pressures to use drugs and to have sex at an early age.” (Williams et al., 2000, p. 1768)

Par contre, les environnements parentaux qui soutiennent l'autonomie de leur adolescent seraient associés à davantage de valeurs intrinsèques véhiculées par le jeune et à un engagement moins fréquent dans des comportements à risque pour sa santé (Williams et al., 2000).

Concernant le rôle des pressions externes sur la consommation de SPA, l'étude de Knee et Neighbors (2002) auprès d'élèves du collège soulève que le fait de boire pour des raisons extrinsèques est associé à une plus grande pression perçue des pairs pour boire, tandis que cette pression serait liée à une consommation d'alcool plus élevée. De surcroît, les jeunes présentant une motivation globale de type contrôlé étaient plus susceptibles de boire en réponse aux pressions des pairs, ce qui est cohérent avec les postulats de la TAD. Les auteurs soulignent que le fait de se sentir contrôlée et de fournir des raisons extrinsèques pour adopter un comportement a été continuellement associé à des résultats scolaires, relationnels (romantiques) et médicaux moins adaptatifs. Par contre, la retombée encourageante de cette recherche est que les individus les plus vulnérables aux influences externes (ceux présentant une motivation globale de type contrôlée) pourraient aussi être les plus vulnérables aux influences sociales positives, ce qui inclurait les programmes d'intervention.

S'intéressant justement aux interventions visant la diminution des comportements à risque pendant l'adolescence, Caldwell, Baldwin, Walls et Smith (2004) analysent les effets du programme *TimeWise*. Ce programme, basé sur les principes théoriques de la TAD (notamment ceux qui concernent la satisfaction des besoins fondamentaux), avait l'objectif de diminuer les comportements à risque tout en promouvant l'engagement des élèves du secondaire dans des activités saines pendant leur temps libre. L'étude conclut que, d'une façon générale, les participants de *TimeWise* ont rapporté des niveaux de motivation souhaitables, c'est-à-dire des degrés élevés de comportement internalisé (motivation introjectée et identifiée) et de faibles degrés d'amotivation. Ce résultat est intéressant puisqu'être en mesure d'internaliser des activités pour lesquelles nous ne sommes pas intrinsèquement motivés au départ constitue un défi important pour les adolescents. D'autant plus que l'humain est continuellement confronté à des devoirs

quotidiens, qu'il n'accomplit pas toujours avec cœur et plaisir, mais qui sont néanmoins nécessaires à son adaptation et son intégration sociale. En fait, selon la TAD, les individus qui sont aptes à internaliser les raisons pour lesquelles ils participent à des activités extrinsèquement régulées vivraient davantage d'expériences de vie positives (Deci & Ryan, 2008).

Le programme *TimeWise* semble aussi avoir eu un impact en diminuant le degré d'amotivation des jeunes. L'amotivation est associée à la consommation de psychotropes (surtout la marijuana), quoique qu'il ne soit pas possible d'établir une relation causale entre les deux variables (la consommation pourrait tout aussi bien causer l'amotivation). Quoi qu'il en soit, la capacité de maintenir son enthousiasme envers une activité est vue comme un facteur de protection important de la consommation de substances, l'ennui étant à l'inverse associé à la consommation (Caldwell et al., 2004).

Finalement, en écho à Deci et Ryan (1985), Caldwell et ses collègues (2004) affirment que comme les jeunes sont plus indépendants de leurs parents et plus dépendants des pairs au cours de l'adolescence, et comme le processus d'internalisation serait fondamentalement influencé par l'environnement social (Ryan & Deci, 2000), le processus d'internalisation des jeunes mériterait davantage d'investigations scientifiques. Les auteurs ajoutent qu'un autre thème à explorer serait de déterminer comment, à quel moment et sous quelles conditions l'expérimentation de certains comportements à risque s'avérerait adaptatif pour le développement d'un jeune (Caldwell et al., 2004).

Dans un autre ordre d'idées, l'étude d'Usborne, Lydon et Taylor (2009) utilise la TAD pour analyser les relations interpersonnelles et les projets de vie de 50 jeunes de la rue. Ils concluent que, contrairement à ce qui est démontré dans d'autres études, les jeunes participants affirment maintenir des contacts périodiques avec un adulte significatif et sont capables d'articuler un projet personnel d'envergure. En outre, selon cette étude, la taille du réseau de relations interpersonnelles significatives du jeune est positivement associée à son bien-être subjectif (humour positif), à la motivation autonome, à la

progression de son projet personnel et au temps passé à réfléchir à ce projet. Toutefois, il n'a pas été possible d'établir de relation causale entre ces variables, la relation inverse étant donc possible. C'est-à-dire que les jeunes présentant des degrés plus élevés de bien-être et de motivation autonome pourraient aussi être plus habiletés à établir des relations interpersonnelles significatives et à poursuivre leurs objectifs. Une méthode longitudinale pourrait pallier à cette limite de l'étude, une telle stratégie de recherche est par contre particulièrement difficile auprès de la population des jeunes de la rue.

La recherche de Yost et Ellis (2008) a été également menée auprès d'adolescents en difficulté, mais dans ce cas, ils étaient pris en charge par un centre de réadaptation. Les chercheurs avaient pour but de vérifier l'engagement de ces jeunes placés en contexte d'autorité face à une activité de loisir (la pratique de « raquette », *snowshoe*) structurée en fonction des principes de la TAD. En fait, la TAD a été retenue comme théorie de base pour structurer les activités étant donné l'accent mis sur la facilitation de l'engagement actif dans une activité à travers la satisfaction des besoins fondamentaux (d'autonomie, de compétence, de relations interpersonnelles positives). En d'autres mots, les chercheurs ont émis l'hypothèse que si le programme ciblait la satisfaction des besoins des jeunes, cela accroîtrait leur niveau d'internalisation de la motivation et ils seraient ainsi plus actifs et participatifs dans les activités proposées. Les auteurs notent qu'un grand défi pour les intervenants en centre de réadaptation est de promouvoir l'engagement actif des jeunes dans les activités proposées. Cette tâche est d'autant plus difficile que la majorité des adolescents qui se retrouve dans ces milieux n'est pas volontaire à y être, conduisant souvent à un état de motivation externe ou d'amotivation généralisée. En plus, ils font face à diverses difficultés comportementales et émotionnelles ainsi que de fréquents problèmes de santé mentale. Les résultats de cette recherche indiquent que, malgré les nombreux facteurs contextuels et sociaux qui peuvent influencer les réactions des jeunes face aux interventions, les techniques basées sur la TAD se sont avérées utiles pour faciliter l'engagement des jeunes, renforcer l'apprentissage et développer l'attirance envers des activités ayant pour but de contribuer à leur développement et à leur socialisation.

Les publications scientifiques analysant l'application de la TAD aux contextes d'autorité sont aussi rares que celles sur le MTC dans ces milieux. Mis à part l'étude de Yost et Ellis (2008), nous avons localisé celle de Conte et al. (2008) qui rappelle que l'institutionnalisation peut être un événement traumatique dans le parcours de vie d'un adolescent. En percevant l'institutionnalisation comme une violation de son autonomie et de sa liberté, les jeunes deviennent souvent plus agités, moins coopératifs et même potentiellement plus violents suite à leur placement. Les intervenants, conscients qu'une situation de crise peut éclater à tout moment, interrompant par le fait même l'équilibre précaire du quotidien dans une unité de vie, on tendance à utiliser des moyens restrictifs, comme les retenues et l'isolement, afin de contrôler le comportement des jeunes. Les auteurs questionnent cette façon de faire en raisonnant que :

“Addressing external behaviors by restrictive means can shape clients’ behaviors while they are in residential settings, but it does not teach them more effective long-term coping methods. Though the duration of residential placement varies, the residential setting is a transitional environment.” (Conte et al., 2008, p. 310)

Comme alternative à l'utilisation de procédures restrictives pour intervenir lors de situations de crise, étant donné qu'elles nuiraient au développement de l'auto-détermination et contribueraient à des sentiments d'impuissance et de désespoir chez les adolescents, Conte et al. (2008) suggèrent plutôt aux intervenants de cibler l'internalisation de la motivation des jeunes. Les chercheurs expliquent, à l'instar des tenants de la TAD (Deci, Eghrari, Patrick, & Leone 1994), qu'offrir aux jeunes la possibilité de choisir quelles conséquences et quels privilèges seront mis en œuvre en réponse à leurs comportements négatifs et positifs favoriserait le développement des habiletés leur permettant de contrôler leurs impulsions et leurs émotions. Ces habiletés, une fois développées, pourront être utilisées par l'individu tout au long de sa vie, peu importe qu'il soit dans un contexte d'autorité ou non. En plus, l'habileté à contrôler ses impulsions peut contribuer à accroître le sentiment de compétence et d'autonomie, qui sont essentiels pour la réadaptation et la réintégration des jeunes en difficulté. Bref, ces auteurs mettent la lumière sur une stratégie qui vise à augmenter la motivation

internalisée proposée par Deci et al. (1994), c'est-à-dire offrir des choix. Étant donné que les enfants placés font la plupart du temps face à des situations de contrainte où ils n'ont aucun contrôle, il est compréhensible qu'ils puissent devenir de plus en plus agressifs en réponse à des interventions qui accentuent leur vulnérabilité (comme l'isolement). D'où l'importance de leur remettre entre les mains le contrôle de leur vie, du moins en partie, en les autorisant à jouer un rôle plus actif dans leur processus de réadaptation, du moins à travers les choix des conséquences qui seront appliquées en réponse à leur comportement.

1.3 Le Modèle transthéorique du changement et la Théorie de l'auto-détermination en tant que référence pour les interventions en toxicomanie

Les bases théoriques pour la compréhension de la motivation au changement développées par le MTC et par la TAD ont des retombées importantes pour la pratique clinique auprès des individus aux prises avec des problèmes de consommation de SPA.

Pour ce qui est du MTC, le rôle central du concept de stades de changement devient encore plus clair quand on analyse les portées de ce modèle sur l'élaboration et la mise en pratique des interventions en toxicomanie. Typiquement, les tenants du MTC proposent que les interventions soient adaptées au stade de motivation au changement, ainsi l'approche auprès d'un individu en stade d'action serait significativement différente de celle adoptée auprès d'une autre personne en précontemplation, (DiClemente, 2003) et qu'elles favorisent le développement des procédés de changement (Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001).

Ainsi, DiClemente (2003) souligne que certaines techniques d'intervention seraient considérées plus cohérentes avec le corpus théorique du MTC que d'autres (voir les tâches de chaque stade dans le Tableau I). Par exemple, l'approche auprès d'un individu en précontemplation devrait inclure une rétroaction précise quant à sa situation de santé actuelle afin de l'amener à réfléchir sur les possibles gains d'un changement de comportement. Pour un contemplateur, l'utilisation de la balance décisionnelle des pour

et des contre du comportement de la consommation et du changement de comportement serait une intervention à privilégier afin de travailler l'ambivalence qui caractérise ce stade. L'élaboration d'un plan de changement individuel, qui met à contribution les ressources personnelles du client et possiblement les programmes de traitement adaptés à ses besoins, serait une stratégie gagnante auprès des individus en préparation pour le changement. Pour les clients en action, les plans d'action visant à rompre les connexions entre la personne et le comportement addictif, la résolution de problèmes et le soutien à l'auto-efficacité seraient des approches appropriées. Finalement, les techniques de prévention de la rechute sembleraient particulièrement utiles pour les clients en maintien (DiClemente, 2003).

En fait, l'aspect individualisant de l'approche thérapeutique est particulièrement valorisé par les tenants du MTC. Dans ce sens, ils préconisent un processus d'évaluation détaillé du client avant le début du traitement incluant l'identification des possibles difficultés de l'individu pour réaliser un changement de sa consommation, la quantité de SPA consommées, les circonstances de consommation, la gravité des problèmes, etc. De plus, l'élaboration d'un plan individualisé de traitement doit prendre en compte l'évaluation du client antérieurement réalisée, le besoin d'une approche multidisciplinaire, les besoins et les forces du client, l'identification des objectifs spécifiques pour que le changement souhaité puisse être obtenu, la fréquence des rencontres, etc. (Connors et al., 2001).

Par ailleurs, les tenants du MTC soulèvent l'importance d'utiliser des interventions qui peuvent faciliter le développement des processus de changement et de prendre en considération les marqueurs du changement (la balance motivationnelle et l'auto-efficacité) dans les interventions en toxicomanie (Connors et al., 2001).

Les orientations cliniques du MTC se rapprochent constamment du corpus théorique de l'Entrevue motivationnelle (EM, Miller & Rollnick, 2002). Il semble que c'est dans le cadre de l'entrevue motivationnelle que ce modèle trouverait des directives plus précises pour les interventions cliniques :

“It should be quite apparent by now that motivational interviewing strategies can be knit together with the stages of change model. The philosophical underpinnings of motivational interviewing are consonant with respect to client’s process of change. Motivational interviewing assumes, as does the Transtheoretical Model, that change is the responsibility of the individual and occurs in the entire life space of the individual and not simply in the context of any specific intervention. However, identifying a client’s status in terms of stages of change can be very helpful in deciding which motivational strategies to use and when to use them.” (DiClemente & Velasquez, 2002, p.213)

Pour sa part, la TAD affirme que le maintien de comportements sains au fil du temps nécessite que les clients internalisent les valeurs et les habiletés inhérentes au changement, et qu’ils éprouvent de l’auto-détermination. Cette théorie soutient aussi qu’en maximisant l’expérience d’autonomie, de compétence et de relations interpersonnelles positives dans les contextes de soins de santé, la régulation des comportements de santé serait plus facilement internalisée et le changement de comportement maintenu (Ryan et al., 2008). Ces postulats seraient la base générale pour toutes les interventions qui appliquent la TAD au changement de comportements. Toutefois, très récemment, un intéressant débat s’est amorcé concernant la possibilité d’intégrer les bases théoriques de la TAD aux directives de l’EM afin de développer à la fois une théorie plus clinique et des interventions cliniques mieux fondées théoriquement (Markland et al., 2005; Vanteenkiste & Sheldon, 2006). Cette association semble d’autant plus prometteuse pour les interventions ciblant des comportements potentiellement nuisibles à l’individu, dont les comportements addictifs.

Bien que les études démontrent que l’EM semble contribuer positivement au traitement lorsque comparée aux interventions utilisées avec les groupes-contrôle (pour une recension des écrits voir Burke, Arkowitz, & Durnn, 2002 et Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003), le « comment » et le « pourquoi » de ces résultats ne sont pas encore bien expliqués (Miller & Rollnick, 2002). Selon Vanteenkiste et Sheldon (2006), les résultats positifs découlant de l’EM pourraient s’expliquer par le fait que ses quatre

principes-clés peuvent être réinterprétés en fonction de trois besoins fondamentaux de la TAD. Le premier implique une position empathique de l'intervenant envers son client. Le clinicien doit intervenir à partir de la vision que son client a du monde, avoir une écoute attentive et sincèrement tenter de comprendre le vécu et les sentiments du client à travers son discours. Cette approche empathique aurait probablement un effet positif sur la satisfaction du besoin du client d'établir des relations interpersonnelles significatives. Le deuxième principe de l'EM est que le clinicien doit « rouler avec la résistance du client ». Ces interventions doivent limiter la résistance du patient en évitant la confrontation et l'argumentation, tout en accompagnant le client afin qu'il évalue par lui-même sa situation et qu'il analyse les choix de comportements qui s'offrent à lui. Ce type d'approche est probablement apte à satisfaire le besoin d'autonomie. Le troisième principe-clé de l'EM est le soutien aux sentiments d'auto-efficacité du client. La tâche du clinicien serait d'augmenter la confiance de son client en ses habiletés à changer son comportement. Dans le cadre de la TAD, le soutien à l'auto-efficacité favoriserait la satisfaction du besoin de compétence. Finalement, l'EM propose que le clinicien évoque les raisons pour lesquelles le client s'engagerait à changer ces comportements d'après le propre avis et dans les propres mots de ce dernier. Cette stratégie est aussi consistante avec les principes de la TAD qui croient que l'autonomie du client doit être soutenue.

Dans le même sens, les techniques d'intervention proposées par l'EM semblent utiles pour traduire, dans la pratique clinique, le concept de soutien à l'autonomie avancé par la TAD. En fait, l'EM privilégie plusieurs techniques motivationnelles qui peuvent faciliter l'internalisation de la motivation. Par exemple, « l'écoute réflexive » implique pour le thérapeute de reprendre les propos du client, selon sa propre compréhension, afin que le client puisse accéder plus facilement à ses sentiments et ses pensées. Cette technique l'aiderait à développer son autoconscience et ainsi, à être plus autonome dans ces prises de décision. Dans le même sens, la technique du « résumé » peut mener à des résultats semblables à ceux qui découlent de « l'écoute réflexive ». En facilitant une meilleure conscience de soi, cette technique peut aussi faciliter la prise de décision autonome (Vantenkiste & Sheldon, 2006).

Bref, les possibilités d'association de l'EM avec la TAD semblent prometteuses, compte tenu des dimensions complémentaires de ses deux théories. Dans un article scientifique auquel ont collaboré des concepteurs des deux théories (Richard Ryan de la TAD et Stephen Rollnick de l'EM), les auteurs soulignent :

« We show (...) (that) both motivational interviewing and self-determination theory are based on the assumption that humans have an innate tendency for personal growth toward psychological integration, and that motivational interviewing provides the social-environmental facilitating factors suggested by self-determination theory to promote this tendency. »
(Markland et al., 2005, p. 811)

Il apparaît donc que tant le MTC que la TAD ont des points communs et pertinents à l'approche motivationnelle développée par Miller et Rollnick (2002). Il importe maintenant de démontrer comment ces deux modèles peuvent être complémentaires.

1.4 L'association du Modèle transthéorique du changement avec la Théorie de l'auto-détermination

À l'instar d'autres auteurs (Dunlap, 2009; Kennedy & Gregoire, 2009), nous proposons que l'association du MTC et de la TAD puisse contribuer significativement à une meilleure compréhension des processus de changement de comportement, et cela, notamment dans les contextes d'autorité. Néanmoins, il importe de faire une différence entre la conception du concept de motivation utilisé pour ces deux théories. Tandis que le MTC considère la motivation à changer des comportements inadaptés, la TAD utilise ce concept pour faire référence à tous les types de comportement, adaptés ou non (Tremblay & Simoneau, 2010). Toutefois, les deux modèles comportent des caractéristiques qui pourraient présenter une intéressante complémentarité autant en termes théoriques que pour la pratique clinique. Dans cette section, les principales limites de ces modèles seront soulevées et, par la suite, la possibilité de leur association sera discutée.

Commençons par les limites du MTC. Bien que ce modèle soit considéré comme un des plus influents auprès des chercheurs et des cliniciens dans le domaine de la toxicomanie (Etter, 2005; Hodgins, 2005; Kennedy & Gregoire, 2009; Simoneau & Bergeron, 2003; West, 2005), il n'a pas été épargné par les critiques. Certains auteurs affirment, par exemple, que le MTC propose une division arbitraire des stades de motivation au changement (Bandura, 1997; Sutton, 2001). Ils considèrent que les stades ne seraient pas qualitativement différents les uns des autres, mais qu'un stade serait plutôt la prolongation de son prédécesseur. En plus, ils notent que le changement de comportement peut se produire en conséquence à certains événements de vie ou même de pressions externes, plutôt qu'être le résultat d'une progression tout au long des stades de changement (Littell & Girvin, 2002). Ainsi, selon Littell et Girvin (2002) le processus de changement serait mieux illustré par un continuum que par des stades distincts. Toutefois, la représentation du continuum n'est pas encore bien définie. Il n'est pas encore claire s'il s'agirait d'un continuum des degrés d'intention pour changer, des degrés de préparation au changement, ou d'un autre concept.

Par ailleurs, selon quelques critiques du MTC (Etter, 2005; West, 2005), la classification d'un individu en fonction d'un stade de motivation au changement serait beaucoup plus complexe que ce qui est stipulé par le MTC :

“It makes little sense to classify in the same category (e.g. précontemplation) people with different levels of dependence, or people who have never tried to quit with those who achieved long periods of abstinence. (...) Finally, the model does not take into account dependence level, withdrawal symptoms and other key determinants of smoking, in particular environmental and social factors.” (Etter, 2005, p. 1041)

En fait, le MTC fait depuis longtemps l'objet de critiques conceptuelles et empiriques (voir par exemple Davidson, 1992 et Sutton, 1996). Malgré cela, à l'instar de Hodgins (2005) et de Littell et Girvin (2002), nous croyons que le MTC continue à stimuler la réflexion scientifique sur les processus de changement intentionnel du comportement et pour cette raison, les investigations sur ses postulats devraient se poursuivre. Hodgins (2005) cite deux aspects du MTC qui apparaissent fort pertinents pour les interventions

en toxicomanie et qui justifieraient la poursuite des études sur ce modèle. Premièrement, la validité prédictive des stades de changement a été corroborée empiriquement. C'est-à-dire que les personnes situées à un stade plus avancé de motivation au changement (par exemple, en action) auraient plus de probabilité de changer leurs comportements que celles étant à un stade initial. Deuxièmement, le MTC considère que le changement est le fruit d'un processus d'auto-évaluation cognitive et de prise de décision de l'individu. Dans ce sens, le modèle s'est montré profitable à l'éducation des clients concernant leur propre processus de changement. Comprendre la modification du comportement comme étant un processus peut s'avérer utile afin de stimuler les clients à initier le changement. Celle-ci est probablement une des raisons qui justifient la popularité de ce modèle chez les intervenants.

Une critique lancée envers le MTC a particulièrement retenue notre attention : celle concernant la progression dans les stades de changement. Certains chercheurs notent que le MTC est incapable d'expliquer adéquatement quels types de mécanismes sous-jacents contribueraient au passage d'un stade à l'autre (Guo et al., 2009). Selon les défenseurs du MTC, les procédés de changement seraient des variables importantes de la progression d'une personne tout au long des stades (Prochaska & DiClemente, 1992). Toutefois, cela n'explique pas comment les procédés sont activés et comment, une fois activés, ils atteindraient leur potentiel le plus élevé dans les derniers stades de changement (Dunlap, 2009). À l'exemple de Dunlap (2009), notre étude propose que le processus d'intégration de la motivation tel que conceptualisé par Deci et Ryan (1985) puisse être une variable sous-jacente au processus de changement qui expliquerait, au moins en partie, la progression à travers un continuum formé par les stades de changement. Dans ce sens :

“...the individual internalises the substance-abuse recovery or change-related values, attitudes and behaviors. As internalisation increases so does the individual advancement along the Transtheoretical model continuum, which may influence motivation for change.” (Dunlap, 2009, p. 33).

En utilisant le processus d'internalisation comme une dimension complémentaire au MTC, ce dernier gagne aussi une nouvelle perspective de compréhension de la motivation. En fait, dans la plupart des théories de la motivation (le MTC y compris), il semble présumé que la motivation au changement soit fondamentalement autonome. Ainsi, lorsqu'un individu se déplace d'un stade à l'autre, il est supposé qu'un certain processus d'internalisation soit activé (à cet effet, veuillez observer la nature cognitive et comportementale des procédés de changement décrits dans le Tableau II). En ajoutant la perspective de la TAD, on remarque qu'en fait, la progression au long des stades peut aussi bien dériver d'une motivation autonome que d'une motivation contrôlée. Pensons, à titre illustratif, aux individus sentenciés par le juge à participer à des programmes de traitement de la toxicomanie. Dans ce cas, un individu qui paraît se conformer à la peine en initiant le programme et en maintenant l'abstinence au cours de son séjour serait considéré dans le stade d'action (c.-à-d. que l'individu prend des mesures pour changer le comportement actuel et adopter un nouveau comportement, DiClemente, 2003). Cependant, en approfondissant l'évaluation à l'aide de la TAD, de nouvelles questions s'imposent. Ainsi, on pourrait se demander quel est le niveau de coercition perçu par l'individu concernant la peine reçue et quelle est l'influence de cette perception de la coercition sur sa motivation au changement. Se sentirait-il forcé à changer? Aurait-il perçu les bénéfices potentiels du changement grâce à la période d'abstinence imposée par le traitement? Serait-il seulement en train de se conformer à la peine ou aurait-il intégré les objectifs du traitement? Or, en posant ces questions, l'analyse de la progression au sein des stades motivationnels acquière une dimension qualitative qui pourrait contribuer significativement à approfondir notre compréhension du processus de changement et de manutention du comportement.

Cependant, la TAD a aussi été la cible de quelques critiques. Les principales concernent les effets des antécédents et des conséquences du comportement sur l'auto-détermination. D'après la TAD, autant les pressions (par exemple, les délais à respecter) que les récompenses externes qui incitent à la manifestation d'un comportement, influenceraient à la diminution de l'auto-détermination et la fréquence du comportement, vue leur effet « contrôlant » sur le comportement. Ces postulats ne semblent pas

convaincants tant du point de vue comportementaliste (Bernstein, 1990) que du point de vue philosophique (Holton, 2010).

Dans une perspective comportementaliste, la conclusion que les récompenses agissent dans le sens de diminuer l'autodétermination, ainsi que la fréquence du comportement pour lequel ces conséquences ont été attribuées (Deci & Ryan, 1980) n'est pas bien accepté. Bernstein (1990) affirme que la façon de récompenser un comportement dans les études sur la TAD devrait être questionnée. Selon lui, si la récompense pour un comportement implique des éloges ou de l'attention ; ou si pendant la remise d'une récompense matérielle on ajoute une appréciation verbale de la qualité de la performance, l'intérêt de la personne pour l'activité ne diminuera pas. En fait, dans la vraie vie, la plupart du temps, les récompenses sont reliées à des informations sur la compétence dans l'exécution de l'activité, et pour cette raison, les aspects « contrôlants » (voire aversifs) de ces conséquences seraient mis en deuxième plan (voire ignorés) par l'individu. Dans cette perspective, pour qu'une conséquence soit vue comme une récompense intéressante par un individu, elle doit nécessairement avoir des effets renforçateurs sur le comportement (c.-à-d. maintien ou augmentation de la fréquence de la manifestation d'un comportement).

Par ailleurs, Holton (2010) questionne le rôle de la coercition (issue de l'environnement externe ou de la personne elle-même) sur la motivation intrinsèque. Selon la TAD, les antécédents du comportement, tout comme les pressions, la surveillance, et même le fait de savoir que le comportement est évalué, diminuent l'intérêt de l'individu pour l'activité en question (Deci & Ryan, 1985). Pourtant, d'après Holton (2010), l'obligation qui pousse à l'action ne nuit pas nécessaire au sentiment d'autodétermination d'une personne. C'est notamment le cas lorsque nous nous sentons « obligés » d'agir en faveur de quelque chose qui nous touche particulièrement, comme des causes religieuses, politiques ou environnementales, par exemple. Selon cet auteur, les individus impliqués envers une cause, une personne ou tout autre chose qui leur tient à cœur peuvent, dans des situations perçues problématiques, ressentir une certaine « pression » afin qu'ils agissent de manière cohérente à leur idéologie ou pour être solidaire à leur cause, sans

que cela n'affecte leur autodétermination. Selon cet auteur, ce ne sont pas les pressions (ou les obligations) qui seraient responsables d'une réduction de l'auto-détermination, mais plutôt nos perceptions quant à la « source » de ces pressions. Autrement dit, ce serait la perception d'être manipulé ou de subir des pressions (par les autres ou par nous-mêmes) qui aurait des effets nuisibles sur la motivation intrinsèque et sur l'auto-détermination.

De surcroît, les considérations méthodologiques mises de l'avant par Usborne et al. (2009) sont particulièrement pertinentes dans le cas de la présente étude. Ces auteurs discutent principalement de l'évaluation de la motivation intrinsèque globale, telle que conceptualisée par la TAD, auprès d'une population de jeunes de la rue. L'item central, qui a pour but de mesurer ce type de motivation à l'intérieur du questionnaire proposé par la TAD, est le suivant : « *I do things because I have fun doing them* » (p.1077). Or, tout comme Taylor, Lydon, Bougie, & Johansen (2004), les auteurs notent que pour une population d'adolescents présentant habituellement des comportements à risque, le fait de « s'amuser » peut naturellement être associé à des activités potentiellement nuisibles (par exemple, la consommation de psychotropes, la promiscuité sexuelle, etc.). Ainsi, le lien bien établi, selon les études qui ont appliqué la TAD, entre la motivation intrinsèque et les comportements sains ne s'appliquerait pas toujours lorsqu'il est question des jeunes de la rue (voire des jeunes en difficulté). Pour ces jeunes, il semble en effet que la réalisation d'une activité pour le plaisir (motivation intrinsèque) ne soit pas le monopole des comportements sains, mais peut aussi mener à l'adoption de comportements à risque pour leur santé et leur développement.

Dans ce sens, le MTC possède, plus que la TAD, une tradition ancrée dans les études des comportements problématiques et des populations à risque. La conceptualisation de la motivation, qui est vue comme un « stade » plutôt qu'un « trait », préconisée par le MTC (DiClemente, 2003) est un élément important qui peut compléter la TAD pour offrir une compréhension plus riche de la modification des comportements. Par ailleurs, l'illustration visuelle du processus de changement (la « roue du changement ») pourrait

offrir à la TAD des aspects additionnels à l'analyse du processus d'internalisation de la motivation.

L'association de ces deux modèles motivationnels bien établis a auparavant intéressé les chercheurs dans le domaine de la psychologie du sport qui ont été les premiers à analyser leur complémentarité. La première étude en ce sens est celle de Mullan et Markland (1997) qui avaient pour but d'examiner la relation entre les différents niveaux d'internalisation et les stades de changement auprès d'un échantillon d'individus qui tentaient d'augmenter leur fréquence d'exercices physiques ou d'améliorer leur performance sportive. Les auteurs ont conclu qu'il existe une relation entre les deux continuums (celui des stades et celui de l'internalisation). En d'autres mots, les individus dans les stades de changement initiaux étaient moins autodéterminés dans leur comportement sportif que ceux dans les derniers stades. Ainsi, d'après les auteurs, l'autodétermination aurait un important rôle à jouer dans l'adoption et dans le maintien des comportements sains. Les résultats de Mullan et Markland (1997) ont été confirmés dans des études postérieures ciblant des populations et des comportements similaires (Daley & Duda, 2006; Landry & Solmon, 2004; Wininger, 2007).

Concernant les comportements d'abus de substances, deux études associant le MTC et la TAD ont été retracées. Ces études sont très récentes, ce qui peut indiquer une légère tendance actuelle à approfondir la compréhension de la motivation au changement de la consommation de SPA en s'aventurant au-delà du très populaire et accessible MTC. Il s'agit des études de Kennedy et Grégoire (2009) et de celle de Dunlap (2009).

La première (Kennedy & Grégoire, 2009) avait comme objectif de vérifier si la source de motivation pouvait prédire le stade de changement. Pour mesurer la TAD, les degrés de motivation interne ou externe pour le traitement ont été utilisés, tandis que l'opérationnalisation du MTC s'est basée sur les trois stades de changement suivants : précontemplation, contemplation et action. Les données utilisées étaient issues d'une large étude longitudinale connue par l'acronyme DATOS (*Drug abuse treatment outcome study*), conduite auprès d'une grande cohorte d'individus adultes (18 ans et

plus) en traitement pour la toxicomanie aux États-Unis (n total = 10 010 participants). Les chercheurs ont trouvé une relation significative entre la source de motivation au traitement et le stade de motivation au changement en début de traitement. Ainsi, les individus qui commençaient le traitement avec des niveaux plus élevés de motivation interne avaient plus de probabilité d'avoir atteint le stade de l'action plutôt que celui de la précontemplation.

La deuxième étude (Dunlap, 2009) conduite auprès d'un échantillon de 237 individus adultes en traitement pour la toxicomanie conséquemment à un ordre du système judiciaire, avait pour objectif d'examiner la relation entre le continuum de stades de changement suggéré par le MTC et le continuum d'internalisation proposé par la TAD. Dans ce sens, trois types de relations ont été analysés : 1) entre le stade de changement et le niveau d'internalisation ; 2) entre la perception de la coercition et le stade de changement et 3) entre la perception de la coercition et le niveau d'internalisation. La première relation a été démontrée, une relation significative entre le stade de changement et le niveau d'internalisation est en effet vérifiée. Les résultats suggèrent que, dans la mesure où un individu change d'une situation de consommation de SPA à une autre d'abstinence, cette transition semble inclure l'internalisation de certaines valeurs, comportements et attitudes. Les deux autres relations n'ont pas été supportées, ce qui serait en fait le résultat le plus intéressant de cette étude. D'après l'auteure :

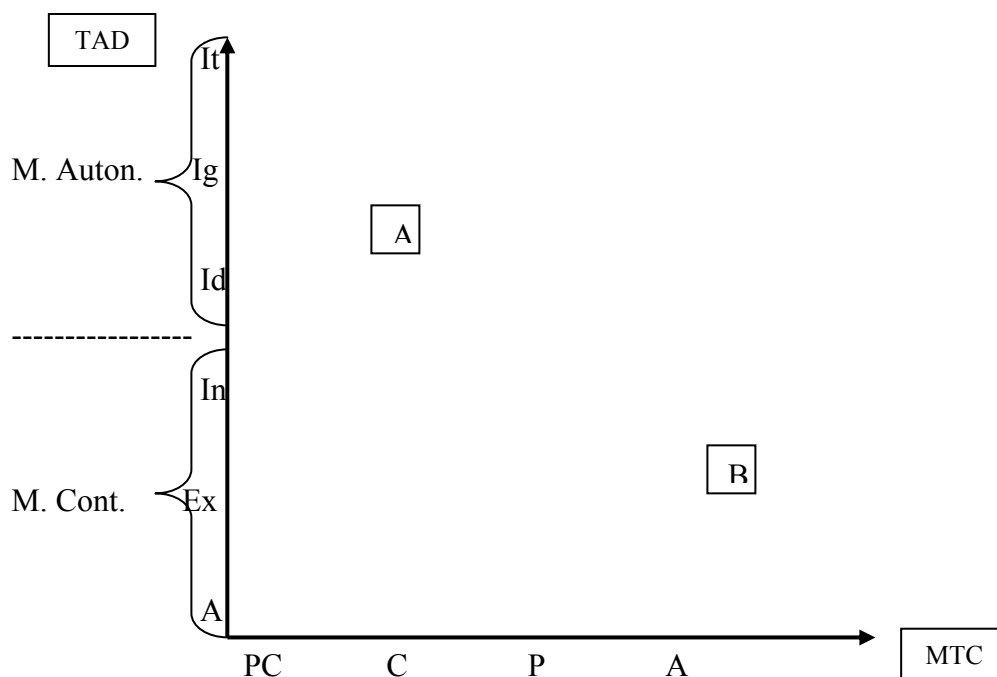
“ ... external pressure to regulate behavior may not play a role that is limited solely to the most extrinsic forms of internalisation (external and introjected). Rather, external pressure to regulate behavior may also play a role in helping develop or maintain the more intrinsic forms of internalisation (identified or integrated).” (Dunlap, 2009, p. 93)

Autrement dit, dans le contexte des traitements sous contrainte, l'individu peut initialement commencer le traitement afin d'éviter des conséquences plus désagréables (par exemple, l'incarcération), ce qui serait la principale caractéristique d'un niveau d'internalisation de type « régulation externe ». Cependant, au fil du temps passé en traitement, l'individu peut apprécier quelques-uns ou plusieurs aspects reliés à

l'abstinence ou au programme de traitement lui-même, ce qui est conforme à une des caractéristiques fondamentales du niveau « d'intégration » de la régulation. Ainsi, comme il a commencé à intégrer certaines valeurs, attitudes et comportements associés à l'abstinence et au traitement, les contingences initialement perçues comme coercitives n'influenceraient plus ses attitudes face au changement. C'est-à-dire que dans le cas des individus référés au traitement par le système de justice, les deux types de motivation (extrinsèque et intrinsèque) peuvent coexister. Cela expliquerait pourquoi la variable « perception de la coercition » n'a pas été associée ni au stade de changement, ni au continuum d'internalisation.

En considérant les stades de changement comme étant un continuum de disposition au changement et en tenant en compte les études mentionnées plus haut qui portent sur le MTC et la TAD, la Figure 3 permet de visualiser l'association du continuum des stades de changement à celui de l'internalisation de la motivation.

Figure 3 : L'association des stades de changement au continuum d'intégration de la motivation



Étant donné que les deux axes du graphique représentent des « continuums »⁹, un individu peut se situer plus ou moins n'importe où dans sa superficie. La position de l'individu dans la superficie du graphique permet donc de discuter de sa motivation au changement autant d'un point du MTC que de la TAD. Par exemple, l'individu situé au point « A », analysé du point de vue du MTC, serait en contemplation, c'est-à-dire ambivalent face au changement. Ce même individu semble manifester une motivation identifiée, qui correspond au premier niveau d'auto-détermination du point de vue de la TAD. Alors, bien que l'individu ne soit pas en action, la possibilité de changer soit perçue comme personnellement importante et comme étant cohérente avec les buts qu'il valorise. Le point « B » expose la situation inverse. Bien que cet individu se soit mobilisé pour entreprendre des changements de son comportement (stade d'action), il agit fondamentalement en réponse à des pressions externes.

L'association des deux modèles nous permettrait d'allier différentes techniques d'interventions basées à la fois sur le stade de motivation au changement et sur le niveau d'internalisation de la motivation. Cette alliance fournirait possiblement une compréhension plus approfondie du processus de changement du client, qui prend en compte à la fois les aspects quantitatif et qualitatif de la motivation au changement.

1.5 Considérations finales

Diverses théories ont été élaborées dans le but de proposer une meilleure compréhension de la motivation humaine de façon générale, et du processus de changement de comportement plus spécifiquement. Dans le cadre de la présente recherche, deux conceptions ont été retenues : celle développée par Prochaska et DiClemente (1984), nommée le Modèle transthéorique du changement (MTC), et celle de Deci et Ryan (1985), connue sous le nom de Théorie de l'auto-détermination (TAD).

⁹ Bien que le MTC présente des stades de motivation distincts plutôt qu'en continuum, à fin de proposer une association entre lui et la TAD, nous jugeons plus utile de le considérer en tant que continuum de disposition au changement. Ainsi, les individus présentant un plus faible disposition en changement seraient placés dans les stades initiaux,

Le MTC a été largement étudié auprès de populations à risque et dans les cas de comportements problématiques, afin d'analyser les caractéristiques du processus de changement. Quatre dimensions principales le composent (les stades, les procédés, les marqueurs et le contexte du changement), mais ce sont les stades du changement qui forment sa dimension centrale, grâce à sa corroboration empirique par plusieurs études et à son utilité vérifiée dans les milieux cliniques.

Pour sa part, la TAD a été appliquée à une grande variété de comportements humains, la plupart étant des comportements positifs, désirables, liés à la santé. Cette théorie propose qu'il existe différents types de motivation (divers niveaux d'internalisation) qui influent sur la performance, la persévérance, la créativité et le plaisir associés au comportement résultant.

Les deux théories possèdent des aspects complémentaires. La TAD peut être utile au MTC pour une meilleure compréhension de la progression (ou non) de l'individu tout au long des stades de changement. En considérant la « qualité » et non seulement « l'ampleur » de la motivation, les niveaux d'internalisation pourraient expliquer, par exemple, les raisons pour lesquelles certains individus se maintiennent plus longtemps au stade de contemplation que d'autres. Par ailleurs, le MTC peut contribuer à la TAD en considérant la motivation un « stade » (plutôt qu'un « trait »), en permettant de comprendre le changement comme un « processus » et en fournissant un modèle visuel et accessible aux clients pour l'analyse de leur propre « roue du changement ».

D'autres chercheurs ont associé ces deux modèles (Dunlap, 2009; Kennedy & Gregoire, 2009), ce qui semble prometteur pour leur développement futur. Cependant, on note qu'aucun des deux n'a été suffisamment investigué auprès de populations adolescentes et ni dans les contextes d'autorité. La présente étude se veut une recherche exploratoire sur la motivation au changement des adolescents placés dans un centre de réadaptation. Il ne s'agit pas d'une évaluation empirique des modèles théoriques. En fait, l'objectif ici est d'utiliser des conceptualisations théoriques afin de mieux analyser les données qualitatives recueillies et de proposer, s'il y a lieu, des façons plus efficaces d'intervenir

sur la motivation au changement et sur l'ouverture envers les interventions des jeunes en difficulté.

Chapitre deux : Méthodologie

2.1 Méthodes privilégiées

Jusqu'à présent, au meilleur de nos connaissances, aucune recherche n'a été publiée concernant la motivation des jeunes consommateurs de psychotropes pris en charge ou sur leur ouverture envers les interventions en toxicomanie dans les centres de réadaptation. En conséquence, cette étude se définit fondamentalement par son caractère exploratoire, ce qui a guidé l'élaboration de nos objectifs, tels qu'ils sont mentionnés antérieurement. Nous avons donc opté pour une méthodologie qualitative, étant donné que

« La recherche qualitative a maintes fois été utilisée pour décrire une situation sociale circonscrite (recherche descriptive) ou explorer certaines questions (recherche exploratoire) que peut difficilement aborder le chercheur qui recourt à des méthodes quantitatives. » (Deslauriers & Kérisit, 1997, p.88).

En cherchant à rendre compte de la complexité inhérente aux motivations et à l'ouverture envers les interventions des adolescents placés dans un contexte d'autorité, cette étude utilise une méthodologie qualitative fondée sur deux piliers: les entrevues semi-directives et les observations sur le terrain.

2.1.1 Les entrevues semi-directives

Selon Poupart (1997), l'utilisation des méthodes qualitatives, et particulièrement des entretiens, est considérée comme un moyen privilégié d'accéder au point de vue des acteurs sociaux, de comprendre et d'interpréter leurs expériences. L'entretien constitue un outil indispensable qui permet d'éclairer les conduites des participants en tenant en compte les perspectives des acteurs eux-mêmes. Les entretiens seraient aussi extrêmement utiles pour « (...) 'recueillir des informations' sur les structures et le fonctionnement d'un groupe, d'une institution ou, plus globalement, d'une formation sociale donnée. » (Poupart, 1997, p. 181). Le format « semi-directif » a été privilégié

pour les entrevues afin que l'intervieweur puisse plus facilement aborder les perceptions des participants par rapport aux thèmes d'intérêt de cette étude.

Les données obtenues à travers les entrevues semi-directives auprès des jeunes nous ont permis d'accéder à leurs motivations concernant : les raisons pour lesquelles ils utilisent de SPA, les raisons pour lesquelles ils pensent (ou ne pensent pas) diminuer ou arrêter leur consommation, les raisons pour lesquelles ils veulent (ou ne veulent pas) parler de cet usage et finalement, les raisons responsables de leur acceptation (ou leur non-acceptation) des interventions mises en place dans le CJ.

2.1.2 Les observations participantes

La méthode d'observation participante sur le terrain a été utilisée afin de mieux saisir l'expérience des jeunes et d'approfondir les analyses des entrevues. Dans ce sens, Crewe et Maruna (2006) considèrent que les observations et les interactions du chercheur sur le terrain s'avèrent complémentaires aux méthodes des entrevues. D'une part, le travail du chercheur sur le terrain peut générer la confiance et une certaine familiarité entre le chercheur et les participants, favorisant une plus grande aisance chez les participants lors des entrevues. D'autre part, les interactions entre les individus dans leur milieu naturel peuvent amener de nouveaux éléments de compréhension importants et complémentaires aux entrevues. Ainsi, l'accès aux informations est parfois plus facile lorsqu'il y a déjà eu interactions entre le chercheur et les participants sur le terrain plutôt que dans un contexte d'entrevue plus formel.

En outre, l'utilisation de deux stratégies de cueillette des données, l'observation et l'entrevue, est particulièrement pertinente puisque les résultats obtenus à l'aide de l'une de ces stratégies ont permis d'enrichir notre compréhension des résultats obtenus via l'autre méthode (et vice-versa). Autrement-dit, les expériences du chercheur sur le terrain peuvent l'aider à analyser et interpréter les renseignements obtenus à partir des entrevues, tandis que ces dernières peuvent en retour soutenir le chercheur dans son interprétation des observations et interactions sur le terrain.

Dans le cas de notre étude, étant donné la méconnaissance de la chercheuse quant au fonctionnement et au quotidien d'une unité d'hébergement en centre de réadaptation, la méthode des observations participantes a été retenue afin de faciliter la mise en contexte des données obtenues à travers les entrevues. Cette méthode a également permis de compléter les récits des participants à l'aide des expériences de la chercheuse sur le terrain, de connaître les difficultés réelles d'adapter les théories de la motivation au changement à des contextes autoritaires et surtout, d'identifier les limites et les possibilités associées aux interventions en toxicomanie dans les centres de réadaptation.

2.2 Procédures pour la collecte des données

La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Cette certification éthique étant reconnue par le Comité universitaire d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, la recherche a automatiquement été acceptée par ce dernier comité. Suite à l'obtention de l'approbation éthique, le projet a pu être présenté à la direction du CJM, et des ententes ont été prises afin de définir les unités-hôtes dans lesquelles se dérouleraient l'étude, ainsi que de régler des détails logistiques reliés à la réalisation des observations et des entrevues. Ayant en mains nos critères d'échantillonnage, la direction a pu contacter les chefs de service des unités afin d'évaluer leur intérêt à participer à cette recherche.

Une fois que le chef de service se montrait ouvert à collaborer au projet, la chercheuse en était informée, puis elle le contactait pour fixer une rencontre avec lui et son équipe d'éducateurs dans le but de leur présenter la recherche. Les éducateurs prenaient connaissance du projet en se référant au document « Le projet en bref » (Annexe 1) qui explique les grandes lignes de la méthode (période d'observation participante et de recrutement, critères d'échantillonnage, type d'entrevue, durée, enregistrement, confidentialité) et les besoins des chercheurs.

Durant la période de cueillette des données dans chacune des unités participantes, certaines étapes ont été suivies :

Étape 1 : Avant le début des observations, le projet était exposé aux jeunes hébergés lors d'une réunion. Initialement, les éducateurs introduisaient la chercheuse au groupe, puis celle-ci présentait la recherche comme étant « *une étude qui vise à connaître le quotidien dans les unités du CJM. Cela implique de connaître un peu les jeunes, leurs perceptions par rapport aux SPA, la façon par laquelle ce sujet est discuté et les relations interpersonnelles établies dans les unités* ». La chercheuse ajoutait qu'éventuellement, quelques-uns parmi eux seraient invités à discuter de ces thèmes en privé et qu'ils seraient toujours libres d'accepter ou de refuser. Les formulaires de consentement pour les observations participantes (phase 1 de la recherche) étaient alors remis aux jeunes. La chercheuse attirait l'attention des jeunes sur le fait que le formulaire de consentement contenait une demande d'autorisation pour accéder à leurs dossiers. Elle expliquait que cette procédure visait surtout la sélection des jeunes qui seraient invités à l'entrevue. Les jeunes consentants signaient alors le formulaire de consentement informé spécifique pour les observations (Annexe 2). Les jeunes étaient aussi informés que pour ceux qui n'acceptait pas de participer aux observations, aucune considération ne serait portée à leurs comportements et qu'ils ne seraient pas non plus invité à participer aux entrevues. Il importe de noter que les éducateurs consentants aux observations signaient également un formulaire de consentement informé (Annexe 3). Quant aux autres, aucune note n'a été prise par rapport à leurs comportements.

Étape 2 : Suite à l'Étape 1, la chercheuse commençait à réaliser les observations participantes et les poursuivait pendant toute la période de collecte des données dans l'unité. Tout au long du premier mois d'observation, la chercheuse sélectionnait les jeunes qui seraient sollicités pour réaliser une entrevue. Les participants étaient choisis en fonction des critères d'échantillonnage de la recherche ainsi que par rapport à leur disponibilité et à la possibilité d'apporter de nouveaux éléments aux données déjà recueillies.

Étape 3 : Une fois sélectionnés, les potentiels participants étaient contactés et invités individuellement à une rencontre individuelle. La chercheuse expliquait qu'elle aimerait

les rencontrer en privé pour une entrevue au cours de laquelle elle leur poserait quelques questions sur leur vie, notamment à propos de leur consommation de SPA, leurs expériences pendant le placement, leurs relations interpersonnelles, leurs relations avec les éducateurs, etc. Les participants étaient informés qu'ils étaient libres d'accepter (ou non) de réaliser cette entrevue et que leur refus de participer n'entraînerait aucun inconvénient. Pour ceux qui acceptaient l'invitation, une rencontre était alors fixée.

Étape 4 : Avant de commencer chaque entrevue, la chercheuse présentait au participant le formulaire de consentement informé pour les entrevues (phase 2 de la recherche) en l'invitant à le lire et à poser des questions si nécessaire (Annexe 4). La chercheuse demandait aussi la permission d'enregistrer la discussion.

Il est important de mentionner qu'aucun des participants de la présente recherche n'a été récompensé financièrement pour sa participation. Ce choix découle d'une décision que nous avons prise en fonction de deux circonstances. Premièrement, les participants n'avaient pas à se déplacer pour la cueillette des données, les jeunes étant abordés et interrogés dans leur milieu de vie. Deuxièmement, la gratification monétaire pourrait ajouter un biais dans les données obtenues. Étant donné que nous voulions, entre autres, analyser la disponibilité et l'ouverture à parler de leur consommation de SPA avec un adulte, la récompense financière aurait pu mener à une « disponibilité » simulée de la part des jeunes, ce que nous voulions éviter.

2.2.1 La collecte des données à travers les entrevues

Après quelques semaines d'observation pendant lesquelles la chercheuse avait aussi identifié les participants potentiels aux entrevues, des ententes étaient prises, avec le personnel de l'unité concernant le local et le moment plus approprié pour la rencontre privée avec le participant. Les entrevues étaient conduites dans des salles fermées (afin d'assurer un climat de confidentialité lors des entretiens) situées dans les installations de les unités-hôtes. Les entrevues ont eu une durée moyenne de 60 minutes, toutes ont été enregistrées et réalisées par la même chercheuse, l'étudiante au doctorat auteure de cette

thèse. Elle détient un baccalauréat et une maîtrise en psychologie clinique, en plus d'avoir une bonne expérience clinique auprès des individus usagers de drogues.

Les entretiens commençaient avec la consigne de départ suivante : « *En regardant ton dossier, selon l'autorisation que tu m'avais donnée, j'ai remarqué que tu faisais usage de (substance(s) utilisée(s) par le jeune) avant d'arriver ici. Alors pour commencer, j'aimerais que tu me racontes ton expérience avec l'alcool et les drogues au cours de ta vie.* ». Ensuite, d'autres questions étaient posées afin de développer les thèmes d'intérêt de cette étude (la perception du jeune sur sa consommation de SPA, sa motivation à consommer, sa motivation à changer, son ouverture à recevoir de l'aide concernant sa consommation, son quotidien dans le CJM, les interventions disponibles ciblant la consommation) (voir l'Annexe 5).

2.2.2 La collecte des données à travers les observations participantes

Les observations étaient réalisées pendant environ 6 semaines (15 heures par semaine) dans chaque unité. Toutefois, une semaine supplémentaire a été nécessaire dans la première unité du au besoin d'adaptation de la chercheuse face au terrain de recherche : la familiarisation avec les lieux physiques du site et la routine de l'unité, la pratique concernant l'analyse des dossiers, etc.

Les observations ont eu lieu au cours de différentes périodes de la journée et de différents jours de la semaine, selon un calendrier préalablement négocié avec l'équipe d'éducateurs. La chercheuse a tenté d'observer toutes les activités (cliniques ou non) auxquelles les jeunes participaient, ce qui n'a pas toujours été possible puisque les éducateurs responsables de certaines activités alléguaient le besoin d'assurer la confidentialité des jeunes impliqués. Dans le même sens, les interventions individuelles d'un éducateur de suivi auprès de son jeune n'ont pas été accessibles à la recherche, mises à part quelques situations spécifiques. Néanmoins, le quotidien des unités a toutefois pu être observé en profondeur, ce qui a permis d'analyser la routine d'un centre de réadaptation dans des unités de différents degrés d'encadrement. La chercheuse a

participé à certaines activités cliniques qui avaient lieu pendant la période d'observation de l'unité (contrôle de l'agressivité, groupes de réflexion sur les drogues, etc.), des moments de vie dans l'unité, des repas (à l'unité et à la cafétéria), des activités sportives et de loisir, etc.

Les observations ont pris en considération certaines dimensions principales¹⁰ (voir aussi l'Annexe 6) :

- 1) La dimension spatiale : description des lieux physiques (unités, gymnase, école) où les observations ont eu lieu.
- 2) Les participants : description du nombre d'individus présents au cours d'une situation observée ainsi que leurs fonction et caractéristiques.
- 3) Les buts : description des raisons (formelles et informelles) qui expliquent la présence de ces individus.
- 4) Les actions : description des gestes, récits (les thèmes et le contenu des récits) et interactions (verbales et non verbales) entre les participants (notamment jeunes X jeunes, jeunes X éducateurs) aussi bien que la fréquence des comportements, s'il y a lieu.

Une attention spéciale a été accordée aux thèmes reliés directement ou indirectement à la consommation de psychotropes. La chercheuse prenait des notes pendant les intervalles entre les activités réalisées et surtout à la fin de la journée d'observation. L'ensemble de ces notes a constitué le « journal de bord » de la recherche qui a été utilisé pour enrichir les analyses et les discussions sur les données obtenues lors des entrevues.

2.3 Méthodes et critères d'échantillonnage

Le recrutement des participants a tenu compte des deux principes fondamentaux du processus d'échantillonnage en recherche qualitative suggérés par Pirès (1997) : la diversification (en choisissant les individus les plus divers possibles) et la saturation empirique (le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers entretiens ou

¹⁰ Le choix des dimensions considérées a été inspiré par Jaccoud et Mayer (1997, p. 225).

observations n'apportent plus d'informations nouvelles qui puissent justifier la poursuite de la cueillette du matériel empirique).

Par ailleurs, le choix de se diriger vers les unités hébergeant des garçons s'est basé sur deux constats. Premièrement, au moment des démarches préliminaires à la collecte des données (début 2007), les principales études publiées sur la prévalence de consommation des jeunes desservis par le CJ (LeBlanc, 1994; Régie régionale de la santé et des services sociaux et les Centres jeunesse de Québec, 1995) ne décrivaient pas la consommation en fonction du sexe, en dépit d'utiliser des échantillons mixtes. Toutefois, les statistiques qui décrivent les jeunes de la population générale ont permis de faire ressortir certaines différences entre les filles et les garçons, la prévalence de consommation chez ces derniers étant légèrement plus élevée et leur usage d'alcool et de cannabis plus fréquent et abusif (Guyon & Desjardins, 2005)¹¹. En plus, l'inclusion des filles impliquerait d'introduire des variables additionnelles pour l'analyse des motivations et des services offerts, ce que nous voulions éviter afin de faciliter la saturation des données et d'assurer une plus grande fiabilité des conclusions de cette étude.

Nous présenterons séparément les critères d'échantillonnage qui ont été utilisés pour les entrevues et pour les observations.

2.3.1 L'échantillonnage pour les entrevues

Tous les participants à l'étude devaient être capables de s'exprimer couramment en français afin de faciliter l'analyse des données et d'éviter l'ajout d'une variable culturelle. De plus, les critères d'inclusion pour les jeunes garçons ont été:

¹¹ Quelques mois après le début des démarches pour la collecte des données, l'article de Laventure et ses collègues (2008) démontrait que les profils de consommation de SPA des filles et des garçons desservis par les CJ du Québec étaient comparables.

2.3.1.1 Âge

La recherche visait les jeunes âgés de 14 à 18 ans. En effet, nous considérons que les jeunes mineurs les plus âgés possèdent une meilleure conscience de leur propre expérience ou une capacité d'autoréflexion que les plus jeunes n'ont peut-être pas encore acquise. Ils peuvent posséder aussi une trajectoire de consommation plus longue que leurs pairs plus jeunes. En outre, ceux-ci sont considérés comme étant plus à risque pour la consommation de psychotropes (Hansen & O'Malley, 1996).

2.3.1.2 La consommation de substances psychoactives

Préalablement à l'entrevue, les jeunes devaient avoir répondu à l'instrument de dépistage de la toxicomanie utilisé dans les CJ, la DEP-ADO (Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes; Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron, & Brunelle, 2004).

Le but principal de la DEP-ADO est d'identifier les jeunes qui ont une consommation abusive d'alcool et/ou de drogues afin de les orienter vers les services appropriés. Les études de validation de ce questionnaire ont été complétées pour les jeunes de 14 à 17 ans. Les sept questions qui composent la grille touchent : la consommation de diverses substances au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours, l'âge du début de la consommation régulière, le boire excessif, l'injection de substances et un certain nombre de conséquences reliées à la consommation. L'instrument fournit un score en 3 catégories qui permet de définir le niveau de risque du jeune et la pertinence d'une intervention : feu vert (aucun problème évident de consommation); feu jaune (le problème est en émergence, une intervention précoce serait souhaitable); feu rouge (le problème est évident, une intervention spécialisée est nécessaire).

La présente étude n'a pas pour but d'analyser les DEP-ADO des jeunes participants. Cet instrument a servi seulement à l'identification des jeunes qui ont été invités à réaliser l'entrevue. Étant donné que nous nous intéressons aux jeunes qui présentent une

consommation problématique ou à risque de le devenir, seuls ceux ayant obtenu un score qui indique la présence d'un problème en émergence (feu jaune) ou évident (feu rouge) ont été retenus pour les entrevues. Nous avons pris la décision de ne pas faire passer eux-mêmes le questionnaire aux jeunes étant donné que les informations obtenues préalablement à la collecte des données indiquaient que l'usage de la DEP-ADO était très répandu en CJ et que cet outil serait donc disponible à l'intérieur de la majorité des dossiers des jeunes. En fait, l'identification des jeunes s'est avérée plus compliquée que prévu. Contrairement aux informations reçues, la DEP-ADO ne se retrouvait pas dans la plupart des dossiers des jeunes, ce qui compliquait le choix des participants aux entrevues. Cette difficulté a toutefois été relativement bien contournée puisque, grâce à l'aide des éducateurs, la chercheuse a pu localiser certaines DEP-ADO valides. Sinon, les éducateurs ont fait passer cette évaluation aux jeunes pendant la période des observations dans l'unité.

2.3.1.3 Le placement

Les jeunes devaient être placés en CJ sous le cadre de la LPJ (unités ouvertes et de dynamique élevée) ou LSJPA (unités fermées) pendant une période minimale d'un mois. Nous avons évité d'interviewer les jeunes en placement depuis moins d'un mois afin de leur garantir un certain temps d'acclimatation à l'environnement et à l'équipe de professionnels de l'unité. La plupart des jeunes participants à l'entrevue étaient placés dans les unités où les observations participantes ont eu lieu, à l'exception de cinq.

Ces cinq jeunes étaient placés dans des unités pour jeunes contrevenants fermées semblables aux unités fermées observées. Ils ont été rencontrés à la fin de la collecte des données. À ce moment, tous les jeunes hébergés dans les unités observées qui remplissaient les critères d'inclusion et qui étaient volontaires avaient déjà été interviewés. Toutefois, nous voulions enrichir encore plus les données. Ces jeunes ont été choisis avec l'aide des éducateurs parce qu'ils avaient obtenu des scores particulièrement élevés à la DEP-ADO et que ce profil de consommation était sous-représenté dans notre échantillon initiale de jeunes contrevenants. En outre, ces jeunes

étaient plus âgés que la plupart de nos participants, ce qui offrait un autre critère de diversification à l'échantillon. Ainsi, en dépit du fait que leur unité ne faisait pas partie des unités observées, et puisque ces jeunes démontraient un intérêt à nous rencontrer en entrevue et que le chef de service a autorisé leur participation à l'étude, ils ont été ajoutés à l'échantillon.

En plus, un critère d'exclusion a été considéré pour le recrutement des jeunes. Il s'agit de leur condition de santé mentale. Les jeunes qui présentaient, pendant la période des observations, des symptômes psychotiques ou des crises dépressives majeures n'ont pas été retenus pour les entrevues.

2.3.2 L'échantillonnage pour les observations participantes

Initialement, cette étude ciblait uniquement les unités globalisantes où les jeunes sont placés sous le cadre de la LPJ. Toutefois, après deux mois d'observation dans ces unités, nous avons remarqué que l'exploration d'autres milieux de vie dans le CJ pourrait enrichir considérablement la qualité des données. En fait, contrairement à l'impression générale partagée par les professionnels du CJ selon laquelle environ 80% des jeunes en protection de la jeunesse auraient des problèmes de consommation, dans les premières unités observées, seuls 45 % des jeunes répondaient à nos critères d'échantillonnage pour les entrevues.. Par ailleurs, après trois mois dans les unités globalisantes, l'observation des expériences d'intervention des éducateurs semblait atteindre la saturation compte tenu de la similitude des procédures employées dans ces milieux. Ainsi, nous souhaitons une plus grande variété de données concernant non seulement la consommation des jeunes, mais aussi leurs expériences de placement. Les travaux antérieurs de notre équipe de recherche (Brunelle et al., 2002; Tétrault, Brochu, Cousineau, & Sun, 2007) ayant déjà documenté la consommation problématique des jeunes contrevenants, nous avons alors émis l'hypothèse que l'intensité de l'encadrement utilisée dans ces milieux d'hébergement apporterait une nouvelle perspective d'analyse. Ainsi, deux unités fermées pour jeunes contrevenants ont été sélectionnées, ainsi qu'une unité de protection de la jeunesse avec un niveau

d'encadrement plus élevé (unité de dynamique élevée) situées dans un autre site du CJM.

La même logique au niveau des critères d'inclusion et d'exclusion pour les entrevues a été conservée. Les unités participantes devaient donc héberger des jeunes de 14 à 18 ans. La sélection des unités participantes a été faite par les membres de la direction du CJ qui, conscients de nos critères d'inclusion, se sont préoccupés de bien évaluer la disponibilité et l'ouverture des équipes d'éducateurs à la présence intensive d'une chercheure dans leurs milieux. Il importe de mentionner qu'étant donné l'intérêt de cette étude pour les interventions en toxicomanie menées en CJ, l'animation du Groupe de réflexion sur les drogues (GRD) est devenue un critère de sélection des unités participantes utilisé par la direction du CJM. Le GRD était la seule activité structurée ciblant la consommation de SPA animée en CJ, et commençait à être implantée dans trois des cinq unités participantes. Pour les jeunes des unités globalisantes, l'activité était disponible depuis quelques années, une ou deux fois par an sur une base volontaire.

2.4 Description de l'échantillon

Chaque unité observée hébergeait officiellement environ 12 jeunes. Toutefois, certains ne se trouvaient pas dans l'unité pendant la période d'observation pour différentes raisons (fugues, placements temporaires dans des unités ayant un niveau d'encadrement supérieur, hospitalisations, etc.). Cette situation a été particulièrement notée dans l'unité de dynamique élevée. Cette unité hébergeait officiellement 12 jeunes, mais jamais plus de cinq jeunes étaient présents dans l'unité lors des observations. Les jeunes absents étaient notamment en fugue, ou séjournaient pour une période déterminée dans les unités d'encadrement intensif suite à plusieurs semaines de fugue.

Lors de la première phase de cette étude, un total de huit jeunes ont décliné l'invitation à participer aux observations. Les dossiers des jeunes ayant accepté de participer ont été analysés. Au total, 30 jeunes remplissaient les critères d'inclusion ont été conviés à

réaliser une entrevue. Parmi eux, trois ont refusé. L'échantillon se compose donc de 27 jeunes interviewés.

2.4.1. Profil des jeunes interviewés

Au moment de l'entrevue, les 27 jeunes interviewés¹² séjournent en centre d'accueil en vertu de la LPJ (unités globalisantes : n = 11, ou de dynamique élevée : n = 3) ou de la LSJPA (unités fermées : n = 13). Ils étaient âgés de 14 (n = 2), 15 (n = 6), 16 (n = 12), 17 (n = 5) et 18 ans (n = 2). La moyenne d'âge étant de 16 ans.

Parmi les jeunes placés sous la LPJ, cinq vivaient leur première expérience de placement en centre d'accueil, tandis que neuf avaient déjà fait objet de ce type de mesure. Concernant les jeunes sous la LSJPA, presque la moitié (n = 6) en était à leur premier placement dans le cadre de cette loi. La moitié aussi (n = 7) avaient déjà été placés antérieurement sous le cadre de la LPJ. La durée totale moyenne du séjour actuel en centre d'accueil¹³ était de 14,6 mois pour les jeunes sous la LPJ et de 8,9 mois pour ceux sous la LSJPA.

Les motifs de placement¹⁴ les plus cités dans les dossiers des jeunes sous la LPJ sont : la consommation (n = 8), la criminalité (n = 8), le refus de l'autorité parentale (n=5) et des problèmes familiaux divers¹⁵ (n = 8). En ce qui concerne les jeunes sous la LSJPA, il est évident que leurs motifs de placement sont reliés à leurs activités criminelles ou à des bris de probation (n=8) associés aux sentences antérieures. Des délits tels que les vols qualifiés (n = 5), des vols simples (n = 5), des introductions par effraction (n = 5), des voies de fait (n = 5), des menaces (n = 2), de la possession de stupéfiants (n = 2), complot (n = 2), recel (n = 2) étaient à l'origine de la dernière sentence imposée à ces

¹² Voir les fiches signalétiques abrégées à l'Annexe 7.

¹³ Les moyennes ont été calculées en considérant seulement les jeunes pour lesquels le dossier contenait cette information.

¹⁴ Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

¹⁵ Les plus communs ont été : la violence familiale, la négligence et les problèmes de santé mentale et de toxicomanie des parents.

jeunes¹⁶. Les bris de probation faisaient partie des motifs de placement de huit participants.

D'après les informations obtenues dans les dossiers des jeunes, dix garçons auraient des diagnostics de problèmes de santé mentale¹⁷ (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité-TDAH : n=9, et trouble d'anxiété : n=1) et la moitié serait médicamentée dans le centre d'accueil. Les dossiers de trois garçons mentionnaient que le jeune refusait la médication.

De façon générale, les jeunes ont commencé à consommer des SPA dans un âge assez précoce. La plupart était âgé de 11 (n = 7), 12 (n = 5), 13 (n = 6), 14 (n = 3) et 15 ans (n = 2) lors de leur première expérience avec les SPA. Cependant, certains participants affirment avoir amorcé une certaine consommation encore plus prématurément, à 6 (n = 1), 8 (n = 2) et 9 ans (n = 1). Ainsi, la moyenne d'âge pour le début de la consommation est de 11,8 ans.

Le cannabis a été la première substance consommée par la grande majorité des jeunes (n=22). Lors de la première consommation, le cannabis s'est accompagné d'une prise d'alcool pour trois jeunes seulement, tandis que la consommation d'alcool seule a été mentionnée par deux participants.

Le cannabis est d'ailleurs la substance préférée d'un peu moins de la moitié des jeunes (n=12) au moment de l'entrevue. Néanmoins, la plupart des jeunes (n=23) présentaient une polyconsommation de drogues avant le placement. D'après leurs déclarations, ils consommaient divers SPA non seulement au cours d'une même journée, mais aussi lors d'une même occasion (ex. une soirée). Le placement en centre d'accueil semble avoir réduit significativement les situations de polyconsommation, bien que la plupart des

¹⁶ Puisque la plupart des sentences s'appliquent à plus d'une charge criminelle, ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Nous avons considéré les délits cités dans au moins deux des dossiers des jeunes.

¹⁷ Les informations concernant la santé mentale disponibles dans les dossiers des jeunes n'étaient pas toujours actuelles. En plus, les sources de ces informations (évaluation psychiatrique, psychologique, médical, etc.) souvent n'étaient pas claires. En conséquence, ces données sont mentionnées à caractère descriptif de l'échantillon, mais ne seront pas considérées dans les analyses et discussions de cette thèse.

jeunes affirment consommer au moins une substance pendant le placement (dans les unités ou pendant les sorties autorisées ou les fugues). Seulement quatre jeunes (tous hébergés dans les unités fermées) ont affirmé ne jamais avoir consommé de SPA pendant leur placement actuel. Pour les autres, le cannabis est encore la substance la plus populaire, étant mentionné par 20 jeunes. Les diverses substances consommées par les participants sont détaillées à l'intérieur du Tableau 1.

D'après les résultats de la DEP-ADO, la majorité de nos participants présente une consommation considérée problématique (n = 19), tandis que huit adopteraient une consommation à risque de devenir problématique. Cette situation demeure stable si on prend en considération la loi de placement sous laquelle le jeu est pris en charge. Ainsi, notre échantillon était majoritairement constitué de « feux rouges » (c.-à-d. consommation problématique : 11/14 LPJ et 8/13 LSJPA).

En ce qui concerne les expériences de traitement de la toxicomanie, sept avaient déjà participé à un programme de traitement, dont quatre (tous placés sous la LPJ) recevaient des interventions spécialisées au moment de l'entrevue. De surcroît, dans le dossier de 4 jeunes, il était inscrit que le garçon refusait le traitement, ce qui laisse croire que l'option avait déjà été évaluée par le jeune et son éducateur.

Il est à noter que du côté des jeunes sous la LSJPA, au moment de la cueillette des données, un partenariat entre le CDC et le CJM venait d'être amorcé afin de faciliter l'accès des jeunes au traitement une fois qu'ils ne seront plus maintenus en garde fermée. Ainsi, la majorité des jeunes sous la LSJPA avait été évaluée récemment par un intervenant en toxicomanie du CDC. Les évaluations ont été réalisées pendant une ou deux rencontres entre le jeune et l'intervenant et l'objectif principal était de réduire le temps d'attente avant que le jeune reçoive un traitement une fois qu'il aura quitté le CJM.

Il faut aussi souligner qu'au moment des observations, toutes les unités participantes animaient une activité appelée « Groupe de réflexion sur les drogues » (GRD) et la majorité des jeunes interviewés participaient à cette activité.

Tableau III – Substances psychoactives consommées par les jeunes interviewés

SPA's consommées	À vie (n)	Avant le placement ¹⁸ (n)	Pendant le placement ¹⁹ (n)
Alcool	25	19	4
Cannabis	27	25	20
Amphétamines ²⁰	21	10	2
Hallucinogènes ²¹	12	1	0
Cocaïne (inhalée)	10	4	0
Crack	4	1	0
Cocaïne (injectée)	1	0	0
Autres ²²	12	2	1

2.4.2 Les caractéristiques des unités-hôtes

Les cinq unités participantes à cette étude se différenciaient surtout en ce qui concerne leur niveau d'encadrement. Les deux unités globalisantes sont situées au Mont Saint Antoine (MSA), tandis que l'unité de dynamique élevée et les deux unités fermées se localisent à la Cité des Prairies (CP). Ces deux sites présentent des environnements physiques assez distincts.

Le MSA peut être considéré comme un site ouvert. Aucune clôture n'empêche les jeunes de fuguer. Tous les déplacements à partir de l'unité se font à l'extérieur de bâtiments. Un bâtiment principal contient l'école, la cafétéria et les bureaux administratifs. Un terrain

¹⁸ SPA consommée pendant les 30 jours qui ont précédé le placement en centre d'accueil.

¹⁹ SPA consommée pendant le placement actuel en centre d'accueil. Nous avons considéré les consommations « dans » les installations du CJM et aussi celles pendant les périodes de fugues ou de sorties autorisées.

²⁰ Les plus citées ont été l'ecstasy et le speed.

²¹ Les plus citées ont été le mush, le buvard et le LSD.

²² Les autres SPA's mentionnées ont été le hachisch, le juicy, la salvia, le cristal meth, le GHB et la kétamine.

de soccer sépare le MSA d'une station de métro. Le MSA accueille seulement des garçons placés sous la LPJ ou la LSSS.

Les unités de vie au MSA ressemblent beaucoup à des maisons semi-jumelées. Au rez-de-chaussée, on retrouve la cuisine, la salle de repas, la salle de télévision, la salle de jeu, les toilettes, un bureau pour les éducateurs et un autre pour le chef de service, une salle de réunion et une petite salle de retrait (utilisée pour isoler un jeune dont les comportements sont jugés suffisamment inappropriés). Au deuxième étage se trouve les dortoirs. Les chambres des jeunes sont individuelles, mais la salle de bain est commune. Un bureau pour les éducateurs et pour le surveillant de nuit est localisé au milieu de cet étage. Les unités sont relativement amples et bien éclairées.

Le site de la CP est un peu différent. Bien que la loi sur le placement en LPJ ait été changée en juillet 2007 et que les unités sous cette loi n'aient plus des portes barrées, l'ancienne allure du site est toujours visible. Les clôtures séparent les cours de chaque unité du stationnement du site. Pour les unités ouvertes et de dynamique élevée, les portes de la cour ne sont pas barrées, contrairement aux unités fermées. Les déplacements des jeunes se font principalement à l'intérieur du bâtiment. L'école, la cafétéria, le gymnase, ainsi que d'autres salles d'activité sont localisés à l'intérieur du même bâtiment. Une porte verrouillée (dont seul le personnel possède la clé) sépare les unités fermées des autres. Les couloirs donnent accès aux bureaux des professionnels (chefs de service, professionnels de la santé, personnel administratif, etc.) et aux unités qui sont identifiées à l'aide d'une petite pancarte accrochée aux portes. Le site de la CP accueille les garçons placés en vertu de la LPJ, la LSSS et de la LSJPA, dans des unités ouvertes, fermées, d'encadrement intensif et de dynamique élevée.

Les unités de vie localisées à la CP se ressemblent aussi beaucoup. Elles sont moins amples et un peu moins éclairées que celles du MSA. Au premier étage, on retrouve une salle de réunion, un bureau pour les éducateurs, parfois un bureau pour le chef de service, une cuisine, les toilettes, les salles de bain et une salle de jeu. En plus, une salle commune où sont pris les repas et où est installée une grande table avec des téléphones

est utilisée en guise de bureau par les éducateurs qui sont « sur le plancher ». Les chambres des jeunes et une salle de télévision sont situées au deuxième étage. Ces unités diffèrent toutefois de celles du MSA, car les 2 étages communiquent directement entre elles. Au deuxième étage, la sortie des chambres donnent accès sur un balcon duquel il est possible de visualiser la salle de repas et le bureau des éducateurs, situés au rez-de-chaussée.

Chaque unité du CJM se conforme à un « code vie », un petit livret élaboré par l'équipe d'éducateurs et par le chef de service qui est remis au jeune au moment de son arrivée. Le « code de vie » présente des informations sur le fonctionnement de l'unité et les règlements fondamentaux auxquels les jeunes doivent se soumettre. D'une façon générale, les codes de vie font référence à divers aspects du quotidien en commençant par la chambre (l'organisation et la propreté); les horaires et les procédures pour les réveils (habituellement à 07h pendant la semaine et entre 08h30 et 10h la fin de semaine), les douches (vers 21h) et les couchers (vers 22h); les procédures pour les repas (les petits déjeuners et les collations sont pris à l'unité, tandis que les diners et soupers à la cafétéria); les codes vestimentaires (pas de dessins ou des signes faisant référence à la morbidité, à la drogue, à l'alcool, à la violence, etc.); le partage des tâches ménagères; l'utilisation du téléphone et de la buanderie; les procédures pour les sorties (dans les cas où le jeune a en présentement ou en aura éventuellement le droit) et les règles à propos de la cigarette (les moments appropriés, la quantité de cigarettes permise par jour et l'interdiction de fumer dans les chambres) et de l'utilisation de MP3 et game-boy.

Les codes de vie diffèrent un peu d'une unité à l'autre, surtout en fonction des différents niveaux d'encadrement. Par exemple, dans une unité ouverte, les jeunes peuvent fumer jusqu'à neuf cigarettes par jour, tandis que dans une unité de dynamique élevée, ce nombre se limite à cinq. Dans le même sens, dans les unités ouvertes, les jeunes ont habituellement le droit de circuler librement dans l'unité lors des périodes de déplacements (c.-à-d., les périodes de temps entre deux activités), tandis que dans les unités fermées et de dynamique élevée, ils ont l'obligation de demeurer dans leur chambre jusqu'à ce que les éducateurs les autorisent à sortir.

Indépendamment du niveau d'encadrement, la routine des jeunes placés dans le CJM est assez chargée. Généralement, ils vont à l'école pendant l'avant-midi et y retournent pour une partie de l'après-midi. Au cours de la semaine, diverses activités ont lieu en alternance tout au long de la journée : des activités physiques; des ateliers cliniques, artistiques ou de travail; des réunions de groupe; des rencontres individuelles avec l'éducateur de suivi; des rencontres avec les professionnels spécialisés (psychologue, travailleur social, délégué), etc. À chaque jour les jeunes ont aussi un temps destiné aux devoirs et un temps libre pour jouer, lire, écouter la télévision ou de la musique. Les fins de semaine, la routine est moins structurée et les jeunes ont plus de temps libre. Certains jeunes ont droit à des sorties. Par ailleurs, les unités possèdent un horaire pour les visites des parents et amis (bien que cela puisse aussi s'organiser pendant la semaine si nécessaire).

2.5 Méthodes d'analyse des données recueillies

2.5.1. Traitement des entrevues semi-directives

Toutes les entrevues ont été enregistrées, transcrites sous la forme de verbatims et analysées à l'aide du logiciel NVivo8. Les verbatims ont été analysés selon trois niveaux :

2.5.1.1 L'analyse verticale

À travers la lecture de chaque entrevue, des thèmes dominants ont été identifiés tout comme les aspects particuliers de chaque témoignage recueilli. Cette démarche a permis d'établir des catégories préliminaires d'analyse qui ont facilité l'analyse de contenu subséquente. En plus, ce niveau d'analyse a permis d'identifier des citations-clés.

2.5.1.2 L'analyse thématique du contenu

En suivant les orientations de Van der Maren (1996), nous avons procédé à une analyse thématique du contenu (ou analyse du contenu manifeste) des récits des participants pour chaque catégorie d'analyse identifiée au cours des analyses verticales. L'objectif était de condenser, systématiser, résumer ou éclairer le contenu du récit de chaque individu interviewé. Plus spécifiquement, « *L'analyse thématique cherche à identifier de quoi parle un document par le repérage, le comptage et la comparaison des thèmes, des idées directrices, et des termes pivots.* » (Van der Maren, 1996, p. 414).

Les analyses des premiers entretiens ont permis l'élaboration de l'arborescence thématique (ou grille de codification). Les thèmes communs explorés ont ainsi été identifiés. Les arborescences ont été appliquées à chaque verbatim correspondant au groupe auquel elles faisaient référence. Il faut souligner que l'arborescence a été conçue en vue d'être élargie en fonction des données émergentes des entrevues, qui n'auraient pas été prises en compte initialement.

2.5.1.3 L'analyse horizontale

À partir des arborescences thématiques, les données recueillies ont été comparées les unes aux autres afin de procéder aux analyses horizontales du matériel. Ensuite, des statistiques descriptives ont permis d'établir dans quelle proportion les thèmes ont été rapportés par les interviewés. Nous croyons que cette « quantification », bien que superficielle, de la fréquence avec laquelle les thèmes sont abordés par les participants apporte au lecteur une dimension additionnelle pour la compréhension des discussions réalisées postérieurement. Complémentairement aux analyses thématiques, nous avons procédé aussi à des analyses théoriques dans lesquelles les propos des jeunes ont été discutés à la lumière de notre cadre théorique (voir la grille de codification des entrevues à l'annexe 8).

Le contre-codage, ou la codification des mêmes entrevues par un second codeur aveugle au premier codage, a été effectuée sur 10 entrevues sélectionnées aléatoirement (37%). L'auteure de cette étude et une professionnelle de recherche diplômée à la maîtrise en criminologie ont travaillé à la codification de l'ensemble des entrevues. La comparaison de ces deux codifications a permis d'établir un taux de concordance de 80%. Une fois le codage terminé, les paires discordantes ont été analysées conjointement par les deux codeurs afin de déterminer les sources de désaccords. Les sources de discordance les plus fréquentes ont été : l'extension de l'extrait de l'entrevue codé dans la catégorie et les différentes compréhensions sur les propos des jeunes. Dans tous les cas de désaccord les deux codificatrices ont arrivé à un accord suite à une discussion.

2.5.2 Traitement du journal de bord

Le journal de bord contenait les notes de plus de 300 heures d'observation dans les unités du CJM. Simultanément à l'analyse des entrevues, une analyse préliminaire de l'ensemble des notes de terrain a permis l'identification des principaux thèmes d'intérêt à l'étude. Une deuxième analyse a été réalisée suite aux analyses des entrevues afin d'établir des liens entre les données issues des verbatims et ceux des observations. Ainsi, la triangulation des données obtenues à l'aide des entrevues et des notes prises pendant la période d'observation, a favorisé la prise en compte des perspectives de différents acteurs (les jeunes, les éducateurs, la chercheure) sur les thèmes à l'étude. Grâce à la triangulation des données, les analyses indiquent les cas où les récits des jeunes sont en consonnance avec les notes de terrain, les cas où les uns sont en dissonance avec les autres, et les nuances que les observations ont permis de réaliser concernant les propos des participants.

Dans cette étude, la principale finalité des données issues des observations est d'enrichir la discussion des entrevues en apportant de nouvelles dimensions et questionnements aux conclusions préliminaires.

2.6 Limites méthodologiques de l'étude

Cette étude se veut un premier regard qualitatif sur la motivation au changement et l'ouverture envers les interventions des jeunes hébergés dans un CJ, d'après leur propre perception. Ce caractère fondamentalement exploratoire, ainsi que les aspects logistiques associés à la recherche dans une institution de la complexité du CJM, ont introduit certaines limites méthodologiques.

Premièrement, le choix des unités participantes n'a pas été aléatoire. D'ailleurs, nous n'avons pas vraiment collaboré à ce choix. La direction du CJ a entrepris toutes les démarches de sélection des unités, basée sur la disponibilité et l'intérêt des chefs de service et en tenant compte de nos critères d'inclusion. Cette façon de faire a pu affecter les résultats obtenus. Il est par contre difficile de connaître l'impact réel de cette méthode de recrutement et de savoir si des données différentes auraient été obtenues si le choix des unités avait été fait « au hasard ».

En ce qui concerne les jeunes, très peu ont décliné l'invitation pour participer à la recherche (n=8 ont refusé les observations et n=3 les entrevues). Ce taux de participation relativement élevé est particulièrement étonnant étant donné la sensibilité du thème de la recherche et l'absence de gratification monétaire associée à cette participation. Néanmoins, nous n'avons aucune information quant aux raisons de ceux qui ont refusé de participer, ce qui limite la généralisation des conclusions auprès de cette population.

Concernant les observations, le fait que seule une chercheuse observait le quotidien des unités peut également limiter la portée des conclusions. Un deuxième regard aurait sûrement été très utile. Il importe toutefois de soulever les difficultés de la recherche participative. Les professionnels œuvrant dans les unités d'hébergement sont souvent submergés par leur travail, ayant non seulement à s'occuper des jeunes, mais de toutes les procédures organisationnelles et bureaucratiques en lien avec leur placement. Dans ces contextes dynamiques, l'accueil d'une personne supplémentaire n'est souvent pas très apprécié, ce qui est tout à fait compréhensible. D'abord, la chercheuse n'est pas là

pour les aider, ce qui agit assurément en son désavantage. De plus, il faudrait l'encadrer d'une certaine façon, minime soit-elle, en répondant à certaines questions concernant les activités quotidiennes ou en l'orientant vers les déplacements. Bref, si l'accueil d'une observatrice dans les unités d'hébergement s'est avéré compliqué, que dire de deux personnes somme toute « inutiles » à l'équipe?

Dans le même sens, la chercheuse n'a pas eu accès à certaines situations qu'elle aurait aimé observer. Mises à part certaines rencontres individuelles spécifiques entre un jeune et un éducateur, et malgré les demandes de la chercheuse, les éducateurs ne l'invitaient pas à participer à ce type de rencontre. Cette réaction est justifiable du fait que les éducateurs souhaitent préserver leur intimité avec le jeune. Dans le même ordre d'idées, certaines activités éducatives en groupe n'ont pas pu être observées puisque les éducateurs voulaient assurer la confidentialité des propos tenus par les jeunes lors de ces activités.

Ce type de limite de la recherche participative est bien connu dans la littérature scientifique. Jaccoud et Mayer (1997, p. 225) notent que :

« Il est difficile de dissocier la question de la sélection de la situation à observer et celle de l'accès aux données. (...) Or, l'accès aux données n'est pas une question aussi simple qu'on pourrait le croire à la première vue et ne peut se réduire à des considérations physiques, matérielles ou pratiques. Ainsi, choisir une scène publique d'observation ou obtenir l'autorisation de réaliser une étude de terrain ne garantissent pas l'accès aux données. »

Ensuite, seront présentés les trois chapitres d'analyse de cette thèse. Le chapitre 3 exposera les caractéristiques de l'usage de SPA des participants, ainsi que leurs habitudes de consommation pendant le placement.

Chapitre trois : La consommation de substances psychoactives

Afin de décrire les expériences de consommation des participants, d'après leur propre perception, cette section se divise en cinq segments : l'initiation, la progression de la consommation, l'historique de traitement de la toxicomanie, la criminalité reliée à l'usage de SPA, le rôle de la consommation concernant la prise en charge et le déroulement du placement.

3.1 L'initiation à la consommation

Conformément à ce qui a été mentionné dans la section 2.4.1, la plupart des jeunes ont expérimenté pour la première fois une SPA au tout début de leur adolescence et la substance impliquée dans cette initiation a été le cannabis. Les circonstances entourant ce début de la consommation de SPA se ressemblent beaucoup. La majorité des participants (20) affirme avoir consommé en compagnie ou sous l'influence des pairs. Lors de ces premières expériences avec le cannabis, les jeunes disent avoir vécu des sensations très plaisantes, c'est pour cette raison que leur consommation est par la suite devenue plus régulière.

JD4: Ben, j'ai commencé à consommer à l'âge de 13 ans, j'ai fumé mon premier joint. Après un vendredi soir, avec des amis, on est allé coucher chez un de nos amis. On était pas mal de gars. On jouait aux jeux vidéo. Un moment donné, on est sorti dehors. Y'était, comme, à peu près minuit. On est allé à la cour d'école, à côté pis moi, j'voyais que le grand frère de mon ami roulait un joint. On voulait savoir c'était quoi, alors on est allé et il nous a fait fumer un joint. On n'était vraiment pas sur terre. On était vraiment ailleurs. Alors, j'ai aimé ça. J'ai vraiment aimé l'expérience pis j'ai r'continué. J'ai r'commencé à en prendre.

Quelques répondants (7) déclarent que les membres de leur famille (parents ou fratrie plus âgée) ont été impliqués dans le début de leur consommation.

JCI: J'avais 8 ans quand j'ai consommé la première fois. C'est quand mon père est parti, mon frère m'avait fait essayer parce que y'était plus âgé. Pis, à 9 ans et demi, j'ai commencé à consommer à tous les jours.

L'expérience initiale avec les SPA pendant la préadolescence est souvent signalée par les jeunes en difficulté, notamment pour ceux qui présentent également une trajectoire de délinquance (Bolognini et al., 2007; Dembo, Wareham, & Schmeidler., 2007; Jenson, Potter, & Howard, 2001; Prinz & Kerns, 2003). Concernant les jeunes en CJ, il est intéressant de noter que la moyenne d'âge d'initiation à la consommation de nos participants est exactement la même que celle des garçons interviewés par Laventure et al. (2008) (11,8 ans dans les deux recherches), et cela, malgré une importante différence dans la constitution des échantillons. Ce constat peut indiquer que l'initiation précoce serait une caractéristique prévalente chez les jeunes desservis par les CJ du Québec, plutôt qu'une spécificité attribuable à ceux qui présentent déjà une consommation problématique ou à risque de le devenir.

Par ailleurs, l'initiation précoce à la consommation de SPA constitue un facteur de risque reconnu autant pour l'abus de SPA (Fergusson, Horwood, & Lynksey, 1995) que pour la délinquance (Gordon, Kinlock, & Battjes, 2004). Par exemple, Prinz et Kerns (2003) soulignent que pour une partie importante de leur échantillon de jeunes contrevenants, l'initiation à la consommation avant l'âge de 13 ans est associée à une consommation régulière de SPA par la suite. De surcroît, l'initiation à la consommation avant l'âge de 12 ans apparaît clairement comme un précurseur de l'abus de substances durant l'adolescence. Dans leur étude, Bolognini et al. (2007) les adolescents considérés « violents » ont commencé à consommer des SPA significativement plus précocement et ont présenté plus de problèmes reliés à l'abus de substances que ceux du groupe contrôle. En outre, l'étude de Ferguson et Horwood (1998) indique que la consommation de marijuana avant l'âge de 16 ans est associée à des problématiques subséquentes d'abus de substances et de délinquance juvénile.

Il est à noter que d'après les récits de plusieurs participants, le cannabis a été la première SPA dont ils ont fait usage. Cela va à l'encontre de d'autres études qui indiquent que les

substances légales servent généralement de porte d'entrée à la consommation (Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992). Or, puisque ce résultat a été obtenu via une entrevue qualitative et donc à l'aide d'une question ouverte, il est possible que les jeunes n'aient pas considéré l'usage du tabac comme un élément pertinent de leur histoire de consommation. En ce qui concerne l'alcool, quoique sa consommation soit illégale pour les adolescents de moins de 18 ans, il reste que cette substance est légalement vendue à la population adulte et malgré tout, elle a servi moins souvent d'introduction aux SPA que le cannabis.

D'autre part, les contextes d'initiation à la consommation décrits par nos participants témoignent de l'important rôle des pairs pendant l'adolescence. En fait, ce stade développemental est classiquement défini comme une étape de la vie au cours de laquelle les individus chercheraient à construire leur propre identité en s'éloignant des influences parentales, tout en se rapprochant du groupe de pairs (Bee & Boyd, 2003). Ainsi, d'après plusieurs chercheurs, le groupe de pairs représente un facteur crucial qui influence tant l'initiation que la progression de l'usage des drogues (D'Amico & McCarthy, 2006; Kiesner & Fassetta, 2009; Oxford, Harachi, Catalano, & Abbott, 2000). Or, il n'est pas étonnant de constater que pour la majorité de nos jeunes participants, tout comme pour une proportion significative d'individus interviewés par Brunelle, Cousineau et Brochu (2002a) les premières expériences de consommation ont eu lieu en compagnie des copains.

Néanmoins, certains de nos jeunes ont été initiés à la consommation en contexte familial. Cette situation est aussi observée dans d'autres études (Brunelle et al., 2002a; Brochu & Parent, 2005). Il semble que lorsqu'un parent fait usage des SPA en présence de son enfant, il approuve tacitement cette pratique, ce qui pourrait en retour inciter le jeune à imiter le modèle parental (Marsden et al., 2005). En plus, lorsque les autres membres de la famille consomment des SPA, les drogues pourraient être plus facilement accessibles puisqu'elles circulent librement à la maison (Brochu & Parent, 2005). Pour les jeunes qui vivent avec des consommateurs ou des vendeurs de drogues, une connotation positive est probablement attribuée à la déviance, facilitant par le fait même

le passage d'un statut de passivité déviante à un statut d'acteur déviant (Brunelle et al., 2002a).

Il est important de noter que parmi les jeunes participants de cette étude, ceux qui ont été initiés à la consommation en contexte familial ont, de façon générale, vécu leurs premières expériences de consommation à un âge encore plus précoce que les autres. Autrement-dit, ces jeunes ont probablement pu expérimenter les effets des SPA avant même d'atteindre l'âge d'y être initié par ou avec les copains.

3.2 La progression de la consommation

Évidemment, les expériences avec les SPA sont très particulières à chaque jeune, menant ainsi à différents profils de progression de la consommation au cours de leur vie. Aux fins de l'analyse, les verbatims ont été regroupés selon deux catégories de progression, qui couvrent la période allant des premières expériences de consommation aux moments précédant le placement actuel. On remarque que les catégories reflètent, dans une certaine mesure, les résultats obtenus par le jeune à la DEP-ADO.

Les jeunes qui ont été évalués comme ayant une consommation « à risque de devenir problématique » (les huit « feux jaunes ») présentent une trajectoire qui se limite essentiellement à l'usage d'alcool et de cannabis. Trois de ces jeunes ont essayé aussi des stimulants (notamment l'ecstasy et le speed), quoique la consommation de ses substances soit demeurée expérimentale ou occasionnelle. La plupart d'entre eux (5) ont déclaré avoir utilisé quotidiennement au moins une SPA avant leur placement.

JE6: Avant que j'arrive ici, c'était vraiment tous les jours (que je consommais du cannabis). Y'a quelques fois que j'le faisais pas, mais à part ça c'était tous les jours. J'avais arrêté comme un peu, mais j'étais plus allé vers l'alcool parce que j'allais souvent dans des clubs la fin d'semaine parce que j'savais que j'allais revenir ici, j'avais un mandat contre moi. Alors, j'en profitais le plus possible, avant qu'ils m'attrapent, d'aller dans des clubs pis faire la fête tout l'temps.

Toutefois, un participant qualifié de « feu jaune » d'après sa cote obtenue à la DEP-ADO diffère considérablement des autres jeunes interviewés. D'abord, il présente une trajectoire de consommation qui est très précoce (premières expériences avec l'alcool vers l'âge de 6 ans). De plus, il affirme avoir déjà éprouvé des problèmes de consommation d'alcool et de cocaïne au cours de sa vie. Bien qu'il consomme toujours du cannabis la fin de semaine, il dit ne boire de l'alcool que très rarement et d'avoir réussi depuis deux ans à cesser sa consommation de cocaïne et d'autres drogues. Ce cas témoigne de l'importance d'évaluer l'ensemble de la trajectoire de consommation des jeunes (du début au moment actuel) afin de saisir la signification de « feu » actuel. En fait, la gravité de la consommation est variable dans le temps et derrière une « consommation à risque de devenir problématique » peut se cacher une trajectoire de consommation auparavant très problématique.

JB2 : Ben moi mes premières occasions où est-ce que j'ai appris c'était quoi la drogue, c'était mon père. T'sais j'ai vécu longtemps avec lui pis ça arrivait plusieurs fois quand j'étais jeune que je voyais des baggies dans la chambre à mon père pis tout. Faque ça m'a amené à poser des questions pis j'ai eu droit à mes réponses. D'ailleurs, c'est lui qui m'avait fait fumer mes premières cigarettes, boire mes premières... t'sais qui m'a fait goûter à l'alcool, c'est lui qui m'a fait virer alcoolique aussi. J'ai commencé les drogues à 12 ans. Les drogues fortes au même âge. Dans la même année, j'ai essayé pas mal de choses. J'ai fait de la coke, j'ai essayé l'acide. La seule affaire en bref que j'ai pas essayé, c'est les piqûres. (...) Moi c'était vraiment juste dans le milieu de la drogue. J'ai eu un problème de cocaïne, ça a duré presque 2 mois, pis j'ai réussi à lâcher ça parce que ça s'en venait trop excessif pis ça coûte beaucoup trop cher. (...) Tout ce que je prends depuis 2 ans, c'est vraiment juste de la marijuana là.

Néanmoins, la plupart de nos participants (19) avaient obtenu un « feux rouge » à la DEP-ADO indiquant la présence d'une « consommation problématique ». De façon générale, ces jeunes ont expérimenté plusieurs sortes de SPA de façon plus ou moins régulière au cours de leur vie. Avant leur placement actuel, ces jeunes faisaient souvent usage de plus d'une substance à la fois et ce, en grande quantité et quotidiennement. Les substances les plus nommées concernant l'usage quotidien avant le placement ont été : le

cannabis (19), l'alcool (10), les amphétamines (10), la cocaïne (6) et le crack (2). Pour les jeunes « feux rouges », la consommation joue un rôle central et elle influence tant leur quotidien que leur trajectoire de vie.

JF4: Toute ma jeunesse j'ai eu beaucoup d'problèmes. Pis, quand j'ai pogné à peu près 12 ans, j'ai commencé à consommer du pot. Pis, j'te dirais qu'à l'école ça l'allait pas très bien, problèmes de comportement un peu, problèmes d'apprentissage. Faque, y'ont voulu m'donner d'la médication. Faque là, mes parents ont jamais voulu. Faque, j'ai continué à consommer, pis j'me suis fait des mauvais amis ou ben des amis de consommation, des p'tites gangs comme ça. Faque, vers à peu près 13-14 ans, j'ai commencé à consommer du speed, l'ecstasy aussi un peu avec du hash, des substances, du mush, du buvard. Pis, jusqu'à, à peu près 15 ans, j'ai arrêté l'école pour euh... ça marchait pu. Ça me tentait pu d'aller à l'école. J'voulais tout l'temps être avec mes amis dehors. Vers à peu près 15-16 ans, j'ai commencé à consommer un peu plus de drogues dures comme d'la coke, du crack un peu aussi, en même temps que toutes les autres aussi. J'mélangeais beaucoup avec l'alcool et tout. Vers à peu près 16-17, j'ai commencé à m'injecter, mais pas de l'héroïne, juste d'la coke ou des médicaments et tout ça.

En fait, la consommation de plus d'une SPA (polyconsommation) non seulement au cours de la même journée, mais souvent lors de la même occasion, est la règle plutôt que l'exception chez les participants « feux rouges ».

JE2 : Non, plus qu'une pilule. Le vendredi soir, deux ou trois. J'dormais pas d'la nuit au complet là.(...) ... j'mélangeais avec d'l'alcool, le pot... J'mélangeais tout.

La polyconsommation de SPA des jeunes pris en charge a fait l'objet d'études antérieures (Domalanta, Risser, Roberts, & Risser, 2003; McClelland et al., 2004). Pour les consommateurs de SPA, le choix des substances consommées est souvent dicté par la situation du marché noir (prix, accessibilité, disponibilité, etc.) ainsi que par les effets recherchés. Typiquement, l'utilisateur associe différentes substances afin d'amplifier les effets agréables, de diminuer les effets désagréables ressentis, de minimiser les effets nocifs ou simplement, en cherchant à minimiser les coûts de sa consommation. De façon générale, les interactions pharmacologiques impliquant les SPA sont nombreuses et très

diverses (Ben Amar, 2007). En plus, ces mélanges, quoique avantageux pour certains individus, peuvent être préjudiciables pour d'autres. Plus encore, d'après Ben Amar (2007, p.166), « *les conséquences de telles associations sont plus fréquemment préjudiciables que bénéfiques* ».

L'étude de McClelland et al. (2004) corrobore nos résultats en montrant que la polyconsommation de SPA n'est pas exceptionnelle parmi les jeunes contrevenants détenus. Les chercheurs mentionnent que 80% des jeunes qui avaient un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ont aussi développé des habitudes de consommation excessives d'une ou plusieurs drogues. D'autre part, parmi les jeunes qui abusaient ou qui étaient dépendants aux drogues, 50% présentaient également des problèmes de consommation d'alcool. McClelland et al. (2004) manifestent une préoccupation accrue face à ce phénomène, étant donné que les jeunes polyconsommateurs seraient encore plus à risque d'adopter des comportements dysfonctionnels ainsi que de glisser vers la délinquance.

3.3 Historique de traitements de la toxicomanie

Malgré la consommation régulière et abusive de la plupart de nos participants, seulement sept d'entre eux avait déjà participé à un programme de traitement de la toxicomanie au cours de leur vie. Trois jeunes ont entamé un traitement dans le cadre d'un hébergement (à l'interne), mais ils ont rapidement abandonné. D'après eux, le caractère religieux ainsi que l'utilisation de la confrontation seraient les principaux responsables de leur « non-persistance » dans le programme.

JAI : Oui, j'ai déjà essayé la thérapie où est-ce que j'ai dit que peut-être que j'allais pis j'me suis fait sacrer dehors de là après 2 jours parce que j'avais volé des cigarettes aux résidents là-bas pis que j'leur ai dit : «j'pas capable, j'pas capable», pis tsais c't'une thérapie croyant pis moi Jésus, j'crois pas à ça personnellement, pis tsais à chaque jour tu fais une prière, à chaque soir avant de t'coucher tu fais une prière... tsais c'est toutes des raisons d'même. C'est de petites raisons, mais qui sont grosses pour moi. Pis ça, j'aime pas ça, j'suis pas capable.

D'autres participants (5) avaient déjà suivi ou suivait au moment de l'entrevue un traitement sur une base ambulatoire. Pour eux, les expériences semblent plutôt positives.

JC1: ... ça fait 4 ans que j'suis avec la même madame. (...) Mais, j'suis pu censé y'aller. Ma T.S., mon éducatrice, elles veulent pu que j'aille là-bas parce que j'ai pu de problème de consommation. Mais, moi, j'y va pour... parce que tsais, veux veux pas, ça fait 4 ans que j'suis avec la même personne pis j'ai un certain lien, t'sais. J'y parle pu... quand je vais la voir, j'y parle même pas de dope là. T'sais, a me demande même pas : « T'as-tu fumé en fin de semaine? » Elle me demande même pu ça là. On parle juste, genre, d'icitte, de chez nous, comment ça va. Comme un psychologue, mettons. Mais, ça même pu rapport avec la consommation quand j'vais là.

Le faible pourcentage des jeunes pris en charge ayant recours à des traitements pour la toxicomanie est documenté dans d'autres études (Johnson et al., 2004; Lennings, Lenny, & Nelson, 2006; Newburn, 1998; Wei, Makkai, & McGregor, 2003). La recherche de Johnson et al. (2004) auprès de 401 jeunes contrevenants détenus démontre que 60% des participants présentaient un besoin clair de traitement, mais seule la moitié d'entre eux a pu recevoir une intervention. En outre, une étude australienne note que seulement 13% des jeunes détenus qui abusent des SPA ont eu accès à des traitements, dont la moitié en contexte résidentiel (Wei et al., 2003). Dans un autre ordre d'idées, une enquête réalisée au Québec indique que 60% des jeunes qui reçoivent un service d'un centre spécialisé en toxicomanie étaient également pris en charge par un CJ (Tremblay, Blanchette-Martin, & Garceau, 2004).

Cependant, le rôle que joue le placement dans la recherche de traitements de la toxicomanie demeure méconnu. Aucune étude analysant cette relation n'a pu à ce jour être retracée. Nous reviendrons sur ce sujet dans les chapitres 4 et 5.

3.4 La criminalité

La majorité des participants (18), indépendamment de la loi sous laquelle ils sont placés, affirme que leur consommation de SPA précédant leur placement était liée à certains de leurs actes criminels. Dans ce sens, sept jeunes mentionnent avoir commis des crimes afin d'obtenir de l'argent pour soutenir leur consommation.

JB4: À place que ouais, je suis dans les gangs, faque j'ai découvert la consommation, c'est j'avais déjà découvert la consommation, pis pour avoir mon argent pour être capable de faire ça, je me suis enigné vers eux autres.

Quelques jeunes ont affirmé que la consommation de SPA (notamment l'alcool, le speed, l'ecstasy et la cocaïne) facilitait la criminalité, dans le sens que les effets obtenus à travers l'intoxication leur procuraient, en plus d'un certain amusement, des sentiments de puissance et de force (7).

JF1: ... parce que j'ai déjà fait (des vols de voitures) sans consommer, mais j'étais stressé. J'avais peur de m'faire pogner, mais quand j'consomme, c'est comme si je m'en fou. J'suis en voiture et même si j'vois la police, j'm'en fou.

Toutefois, un jeune a déclaré que, tout compte fait, l'état d'intoxication peut déranger considérablement les activités criminelles, puisque le délinquant se place ainsi dans des situations très risquées pour lui.

JE2: Quand j'sortais pour aller faire ça (des introductions par effraction), j'étais très à jeun. J'faisais jamais ça. Si j'avais fait d'la drogue, j'aurais fait des choses stupides. J'devenais stupide. (...) C'est déjà arrivé que j'pisse dans l'salon comme ça ou disons que j'ai soif, j'prends une bouteille d'eau et j'm'assis à table pis j'bois une bouteille d'eau. Pis là, j'suis comme ça et t'as l'autre qui fouille partout dans maison pis j'suis assis comme ça à table.

L'implication dans le marché noir de la vente de drogues est une expérience assez couramment relatée par presque la moitié de nos participants (11). En général, ces activités viennent s'ajouter à d'autres comportements délinquants déjà adoptés par le

jeune (ex. le vandalisme, le taxage, les introductions par effraction, les vols de voitures, etc.). D'après les jeunes interviewés, la vente leur rapporte l'argent nécessaire à leur consommation et une proximité avec le marché des drogues qui facilite l'accès aux substances de choix. En conséquence, certains (6) affirment que le fait de s'être engagé dans la vente de drogues les pousserait à consommer de plus en plus.

JF1: Ben, l'inconvénient (de vendre de la drogue) c'est que moi, j'consomme beaucoup. C'est ça. J'en ai tout l'temps. J'en manque jamais. Faque, j'fume toujours sans arrêt. Là, aussi, c'est les problèmes avec les autres personnes, d'autres personnes qui vendent aussi pis que y'en a qu'ils veulent pas que tu vendes, toi tu veux pas, ils volent tes clients, des affaires comme ça.

Bien que la cooccurrence d'abus de SPA et de criminalité soit bien documentée (Braithwaite et al, 2003; Dembo & Schmeidler, 2007; Hser et al., 2001; Mason & Windle, 2002; Voisin, Neilands, Salazar, Crosby, & DiClemente., 2008), les explications des associations entre drogue et criminalité chez les adolescents demeurent incomplètes (Brochu, 2006). Selon Brochu (2006), le lien entre la consommation de SPA et l'implication dans des activités délinquantes n'est pas causal, mais implique une contribution réciproque. Ainsi, certains consommateurs ne se tourneront jamais vers la criminalité, tandis que pour d'autres, souvent issus de classes défavorisées, les actes délinquants constitueront une des seules manières d'obtenir les produits convoités (non seulement des SPA, mais aussi d'autres biens de consommation). L'auteur affirme que : « *En ce sens, la délinquance ne constitue pas uniquement la manifestation d'une rébellion adolescente, mais sert à des fins instrumentales.* » (Brochu, 2006, p.23).

À ce propos, nos données confirment l'existence d'une « délinquance instrumentale » (c'est-à-dire une implication criminelle à des fins économiques pour se procurer des SPA), ce qui est aussi observée dans d'autres études (Brunelle, Brochu, & Cousineau, 1998; Lennings et al., 2006). Brunelle et al. (1998) mentionnent que peu importe la drogue consommée, les jeunes commettent des délits pour s'emparer de l'argent nécessaire à leur consommation, que cette consommation soit quotidienne, régulière ou même occasionnelle. Les auteurs ajoutent que cette situation est en partie reliée à la

« *fragilité du pouvoir économique des adolescents* » (Brunelle et al., 1998, p. 54). Or, si les adultes canadiens qui n'ont pas d'emploi reçoivent souvent des prestations gouvernementales qui leur assurent un minimum de pouvoir d'achat, la situation des adolescents est tout autre. D'abord, certains n'ont même pas l'âge légal de travailler, et dépendent à 100% de l'allocation des parents pour payer leurs dépenses. D'autres peuvent compter sur leur salaire de travail, quoique maintenir un emploi ne soit pas une tâche facile pour ceux dont les habitudes de consommation sont plus ancrées.

Dans un autre ordre d'idées, cette fonction « instrumentale » de la consommation est aussi observée chez certains participants dans le sens où leur consommation serait « utile » à la commission des actes criminels, par exemple en procurant davantage de courage, ce qui facilite le passage à l'acte, et plus de plaisir à effectuer ces activités. Ces sensations pourraient possiblement être liées à la sévérité du crime commis. C'est d'ailleurs ce que souligne l'étude de Kinlock, Battjes, & Gordon (2004) effectuée auprès d'une cohorte d'adolescents en traitement pour la toxicomanie. Les auteurs remarquent que la gravité du crime semble directement corrélée à la consommation de drogues autres que l'alcool et la marijuana. Ainsi, les crimes commis sous l'effet des stimulants ou de la cocaïne, par exemple, étaient généralement plus graves que ceux commis sous l'effet de la marijuana ou de l'alcool.

Également, l'étude de Brunelle et al. (1998) soutient nos analyses en ce qui concerne l'implication des jeunes dans la vente des drogues et le rôle utilitaire de ces activités, qui fournissent aux jeunes non seulement l'argent requis pour se procurer des drogues, mais aussi un accès privilégié à diverses sortes de psychotropes et les contacts nécessaires pour les acheter à bon marché (c'est-à-dire, pour réduire les coûts reliés à la consommation). Tout comme les participants de notre étude, ceux de Brunelle et al. (1998) déclarent que l'implication dans la vente de stupéfiants entraîne une augmentation de la consommation. C'est ce que Brochu (2006) appelle le « stade de renforcement mutuel », où, en fonction de la consommation régulière, la drogue devient simultanément la cause et la conséquence de la délinquance.

3.5 Le rôle de la consommation concernant la prise en charge

La moitié des participants (13) déclare que leur consommation de SPA est l'une des principales raisons de leur placement courant. Dans le cas des jeunes en protection (8), cela signifie que leur consommation excessive causait des problèmes familiaux assez importants pour justifier leur prise en charge. D'après l'avis des participants, ces problèmes impliquaient typiquement une sensation de dépassement de la part des parents face à leurs comportements déviants, ainsi que des situations de violence familiale reliées à l'usage de SPA.

JB6: Mes parents avaient pu de contrôle sur moi parce que j'étais tout l'temps sur la consommation. Comme, j'sortais tout l'temps la nuit pis j'rentrais comme à 6h du matin. Comme, mes parents y'allaient s'coucher vers 10h30 pis moi, j'sortais vers 11h pis j'revenais vers 6h. Des affaires de même là. Pis là, quand mes parents m'ont pogné... une fois j'étais parti en fugue. Pis là, la police m'a arrêté. Ils m'ont amené au Goéland.

Les déclarations des jeunes en protection à propos du rôle de la consommation sur la décision de mise sous garde en centre d'accueil est tout à fait cohérente avec les données disponibles dans leurs dossiers concernant les motifs du placement (voir fiches signalétiques des jeunes en annexe). Il semble donc que les jeunes soient conscients des effets importants de leur usage de SPA sur leur situation familiale, au point de les conduire en centre d'accueil. Cependant, selon certains, leur placement résulte d'une « réaction exagérée » de la part de leurs titulaires. Quant aux jeunes contrevenants (5), le lien entre leur arrestation et leur consommation semble est souvent évident.

JE2: J'étais avec lui et on est allé par en arrière de chez quelqu'un. Là, j'avais juste ma crowbar. J'avais pas les choses de serrurier pour ouvrir les portes. Faque là, c'est ben plus dur là. Faque là, j'essaie d'ouvrir la porte, mais elle s'ouvre pas. Déjà là, que j'avais pas dormi d'la nuit... j'étais encore gélé de l'ecstasy pis j'avais fumé plein de joints. J'étais pu là. J'étais comme dans un jeu vidéo. Faque là, j'ai défoncé la fenêtre. J'ai rentré ma main dans l'affaire. J'ai ouvert la porte. Là, j'ai vu quelqu'un bouger les stores comme ça, regarder. Là, j'suis comme : « Oh shit! » J'étais tellement pu là que j'suis parti en courant et j'ai sauté dans la porte. J'ai défoncé la porte. Là,

j'me retourne de bord. J'veais sur le balcon et mon ami est pu là. J'check dans ruelle, comme ça, mon ami est en train de courir. J'check de l'autre bord et y'avait quatre chars de police dans ruelle. Là, j'ai sauté en bas. Là, j'ai couru, j'ai couru, j'ai couru trois rues et y'avait des chars de police partout. Faque là, un moment donné, j'me suis r'tourné comme ça, pis c'est deux civils... deux policiers habillés en civils... qui m'ont fait la corde à linge.

L'étude de Martin, Peters, & Glisson (1998) offre un point de vue complémentaire de la situation des jeunes consommateurs placés. Ils ont analysé les recommandations faites par 100 intervenants concernant le placement résidentiel de 633 enfants qui venaient d'être pris en charge par le gouvernement. Ces intervenants avaient été préalablement formés à l'application et à l'interprétation de certains outils d'évaluation psychosociale auprès des enfants. Les conclusions indiquent que les recommandations de placement en centre d'accueil étaient surtout influencées par les « étiquettes » attribuées aux enfants avant leur prise en charge, plutôt que guidées par l'évaluation de leur fonctionnement psychosocial. Ainsi, les enfants étiquetés comme étant des « consommateurs de substances » ou « toxicomanes », ainsi que les enfants les plus âgés et les garçons considérés « délinquants », étaient habituellement orientés vers des services de placement résidentiel plus restrictifs.

Quoique qu'aucune recherche québécoise portant sur ce thème n'ait pu être retracée, nous croyons que les remarques de Martin et al. (1998) méritent d'être prises en compte. Le fait que la consommation soit un des motifs de placement fréquemment mentionné dans les dossiers des jeunes usagers de SPA confirme le besoin de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le choix du niveau d'encadrement auquel le jeune sera référé. Ainsi, s'il est vrai que les jeunes en difficulté qui sont également des usagers de SPA ont plus de risque de se retrouver dans les centres d'accueil, l'importance de vérifier la qualité des interventions offertes dans ces institutions concernant l'abus de drogues est encore plus évidente.

Quant aux jeunes contrevenants, il importe de discuter leur point de vue sur les liens entre le crime pour lequel ils purgent une peine et leur usage de SPA. En fait, il semble

que les adolescents qui consomment régulièrement des SPA seraient plus à risque de se faire arrêter que les autres, puisque l'intoxication et la possession de drogues sont souvent impliquées dans les motifs d'arrestation et de détention des jeunes (Braithwaite et al., 2003).

3.6 La consommation et le placement

Une fois placés, tous les jeunes affirment avoir diminué significativement, voire cessé, leur consommation de la plupart des substances. Dans ce sens, d'après quelques participants (5), la prise en charge aurait été bénéfique. Cependant, un jeune rappelle les effets possiblement limités d'une mesure de placement sur la gestion à plus long terme de la consommation.

M : Est-ce que le fait d'être en encadrement intensif t'a empêché de consommer?

JC1: Ça m'a empêché, mais quand j'suis sorti, j'me suis défoncé comme un esti de fou là. Ça pas plus changé grand-chose.

Pour les jeunes qui consomment des SPA de façon régulière et en grande quantité, la prise en charge entraîne soudainement un état d'abstinence (ou presque). Les symptômes qui découlent de cet arrêt subit de la consommation peuvent être assez sévères dépendant des propriétés addictives de la substance utilisée. Il semble que ces symptômes aient des conséquences non négligeables sur l'adaptation du jeune au nouveau milieu de vie. Quatre jeunes disent avoir subi ce type d'expérience.

JF3 (consommait de l'alcool, du cannabis, des stimulants et de la cocaïne avant le placement) : Ben, j'ai eu un sevrage. J'ai tremblé pendant deux semaines. J'étais pas capable de manger. J'pouvais juste boire de l'eau pis j'vomissais.(...)

M : Combien de jours se sont passés avant que tu rencontres le médecin?

JF3 : Cinq jours peut-être. Ben, au début, j'ai vu le médecin ici. Et après, il a fallu que le psychiatre vienne pour pouvoir qu'il me prescrive les pilules comme ça là. (...) Ben, c'est parce que aussi, au début, ils (les éducateurs) disaient que ça va s'replacer. T'sais, eux l'savent pas vraiment. Ils connaissent pas vraiment

ça. Alors, ils se sont dits : « Ben là, ça va s'replacer. Il va être correct ». Mais, non, c'était pas... ça m'a pris de temps là.

Bien que la prise en charge semble conduire à une diminution de la fréquence et de l'intensité de l'usage de SPA, la moitié des jeunes interviewés affirme poursuivre leur consommation à l'intérieur du CJM, et cela, indépendamment du niveau d'encadrement de l'unité où ils sont hébergés. Ces jeunes ont d'ailleurs décrit de façon très détaillée les stratégies mises en place dans les unités de vie pour consommer des SPA.

JC1: Ça rentre beaucoup plus à la pipe. Mais, y'a moins d'boucane qui sort. Faque, les jeunes, c'est comme ça qu'ils fument ici. Ils vont fumer à la pipe parce que ça sent moins pis la boucane, ils vont la cracher dans une serviette. Pis tsais, ton joint, quand tu l'allumes, sur le bout, y'a toujours d'la boucane. Mais, si tu mets du pot dans ta pipe, pis tu prends vraiment une grosse puff, ben, la cocotte va toute être brûlée. Faque, quand tu vas enlever le lighter, ben, y'aura pas de boucane qui va monter parce que tu vas tout avoir pris le pot dedans.

JD4: Sinon, j'veais fumer un joint dehors avec un éduc, mais il sait pas. Y'a plein de jeunes qui fument des cigarettes. Alors, moi, tu te mets à distance, j'mets un gars à côté de moi, j'allume ma cigarette... surtout l'hiver que j'fumais. J'ôtai mon manteau et je faisais ça comme ça. J'mettais mon bras dans mon manteau pis j'avais ma cigarette ici et j'avais le joint ici. J'prenais une puff et là, j'soufflais en haut, dans les airs pour que ça parte. Après ça, j'prends une puff de cigarette pis j'souffle ici pour pas que ça sente.

L'autre moitié des participants, cependant, n'ose pas consommer dans les unités. Pour les jeunes des unités fermées, cela implique de maintenir un état d'abstinence, tandis que les jeunes en protection affirment consommer lors des sorties à l'extérieur du centre. Les jeunes qui choisissent de ne pas consommer dans le CJM le font surtout pour éviter d'être surpris par un éducateur et de subir les conséquences de leurs actes, qui peuvent aller de la perte de privilèges dans l'unité à des séjours dans des unités d'arrêt d'agir. Plus encore, certains expliquent que cette peur de se faire prendre par les éducateurs gâche les effets agréables recherchés à travers la substance, causant ainsi des « bad trips ».

JF2: Pantoute, j'te l'jure men! C'est l'bad trip total. J'ai déjà essayé, mais c'est pas la même chose. Tu comprends? Admettons que je serais gelé en ce moment, c'est pas grave. Mais, mettons que j'suis avec un éduc là. Là, j'te r'garde dans les yeux là, je sais pas si il sait que j'suis gelé. Je sais pas si j'ai les yeux rouges. J'sais pas d'quoi j'ai d'air. Là, il peut me pogner là. T'sais, t'es dehors et tu fumes un joint, tu t'en câlisses là. La police va te voir avec les yeux rouges, la police elle s'en câlisse. Tu comprends? Mais ici, ils checkent tout l'temps. Dehors, tu peux relaxer, t'as l'droit d'être gelé dehors, dans un sens. On dit que la drogue c'est illégal, mais j'marche dans rue pis j'fume mon joint, il m'est jamais rien arrivé.

Concernant l'accessibilité des drogues, les participants à cette étude déclarent que les substances entrent assez facilement dans les installations du CJM. Les jeunes placés dans les unités globalisantes et de dynamique élevé, ne semblent pas avoir de la difficulté à se procurer les drogues convoitées, principalement le cannabis, lors des sorties ou à la station de métro localisée à la proximité d'un de sites. Par ailleurs, les visiteurs semblent être les principaux porteurs de ces substances pour les jeunes placés dans les unités fermées qui se débrouillent pour la commercialiser à l'intérieur du centre.

JE2: Ouais, y'a beaucoup de monde... les autres unités... Ils passent quelque chose à quelqu'un, les gars s'passent des affaires et ils s' donnent d' l'argent entre unités. Ils se donnent des souliers contre... Tsais, c'est comme en prison. Tout l'monde se fait des deals.

Certaines études montrent qu'une histoire de placements antérieurs serait significativement et positivement corrélée à la sévérité de la consommation de SPA pendant l'adolescence (Aarons et al., 2008; Tremblay, Tremblay, & Simard, 2007). D'après les facteurs de risque de l'abus de substances, ces résultats ne sont pas étonnants. Les jeunes en placement sont justement exposés à plusieurs facteurs de risque tels que des situations de négligence et abus, de la violence familiale, des troubles de comportement, etc. (Courtney, Piliavin, Grogan-Kaylor, & Nesmith, 2001; Shin, 2004). La compréhension du rôle du placement en tant que facteur de risque de la consommation devient ainsi très complexe étant donné la difficulté d'isoler ce facteur de tous les autres, ce qui pourrait expliquer que très peu d'études s'y soient intéressées.

Dans le même sens, peu est connu concernant les profils de consommation de ces jeunes, en fonction du type de placement et du niveau d'encadrement dans lequel ils sont placés (Baker, Ashare, & Charvat, 2009), ainsi que sur la façon dont les jeunes gèrent leur consommation pendant le placement. Par exemple, nous ne pouvons citer aucune étude qui fasse référence à la gestion des symptômes de sevrage des jeunes toxicomanes placés dans les milieux fermés et sur la façon dont ces symptômes sont identifiés et traités par les intervenants. De même, les effets du placement sur les habitudes de consommation des jeunes ont fait l'objet de peu d'études. Malgré tout, les déclarations de nos participants sont claires en ce qui concerne la diminution de leur consommation (voire l'abstinence) suite au placement en centre d'accueil. Les effets de cette diminution sur la trajectoire de consommation du jeune à moyen et long termes sont cependant moins évidents.

Toutefois, comme mentionné précédemment, la consommation de SPA des jeunes pris en charge est relativement bien documentée. D'autres études soulignent cette facilité d'accès aux SPA pour les adolescents placés dans des milieux plus ou moins encadrés (Baker et al., 2009; Curtis, Alexander, & Lunghofer, 2001; Morehouse & Tobler, 2000). En dépit du fait que dans les milieux plus encadrés, les adolescents institutionnalisés n'aient officiellement pas accès à l'alcool et aux drogues, il semble évident qu'ils peuvent se procurer ces substances lors des visites ou lors des promenades en dehors de l'institution (autorisées ou non) (Morehouse & Tobler, 2000). Cette situation est confirmée par les adolescentes placées en foyer de groupe interviewées par Baker et al. (2009). Elles affirment majoritairement que les drogues font partie de leur environnement en institution. La moitié des filles a déclaré ne pas avoir eu de difficulté à se procurer de drogues pendant leur placement et que le personnel de l'institution n'intervenait pas pour les empêcher de consommer des SPA.

Certains auteurs considèrent que les taux élevés de consommation chez les jeunes placés dans des milieux d'encadrement plus souple (comme les foyers de groupe ou les unités globalisantes à la limite) pourraient s'expliquer par la grande accessibilité des SPA, ainsi qu'aux opportunités accrues qu'ont les jeunes de socialiser avec d'autres individus

(collègues et amis à l'extérieur de l'institution, membres de la famille, voisins) qui pourraient faire usage et/ou vendre des SPA (Pumariega, Johnson, & Sheridan, 1995). Cette hypothèse est cohérente avec les recherches qui soulèvent que l'accessibilité des SPA est un facteur de risque de la consommation des adolescents. Ainsi, la facilité d'accès (la proximité et le faible coût) à une substance augmenterait la probabilité de sa consommation (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005).

Il aurait donc été logique, dans la présente étude, d'observer des profils de consommation plus élevés chez les jeunes vivant dans les unités globalisantes que chez ceux des unités fermées. Toutefois, les résultats obtenus ne vont pas dans ce sens. En fait, les propos des jeunes dans les différents milieux d'hébergement ne font pas ressortir de distinctions entre ces unités en ce qui a trait à leur profil de consommation, ainsi qu'à la prévalence de consommation dans les installations du centre. En théorie, les SPA seraient significativement moins disponibles pour les jeunes des unités fermées, étant donné leurs possibilités de sorties très restreintes et le niveau de surveillance accru. Pourtant, lors des entrevues ou des conversations informelles avec les jeunes contrevenants, rien n'indiquait que ceux-ci éprouvaient des difficultés particulières à poursuivre leur consommation de cannabis pendant le placement. La situation semble néanmoins différente pour certains jeunes qui faisaient régulièrement usage d'alcool ou de cocaïne avant leur placement. Ces derniers ont en effet affirmé avoir développé des symptômes de sevrage lors de leur arrivée, en plus d'avoir vécu des difficultés à consommer ces substances dans l'unité.

Quoi qu'il en soit, le contact quotidien dans les unités de vie avec d'autres jeunes consommateurs, ainsi que la permissivité du personnel concernant l'usage de SPA pourraient influencer la consommation de certains jeunes (Baker et al., 2009). À l'instar de Baker et ses collègues (2009), nous ne croyons pas que des liens causaux puissent être établis entre les variables liées au placement et à l'usage ou l'abus de substances des jeunes placés. De plus, les propos des jeunes interviewés doivent être nuancés en

fonction de ce que Laurier et Lafortune (2008) appellent le « *faking bad*²³ ». Les auteurs expliquent qu'en raison des problématiques de troubles de l'opposition et de troubles de la conduite très prévalentes chez les jeunes en difficulté, il est possible qu'ils aient tendance à exagérer la fréquence et l'intensité de leurs comportements indésirables afin d'afficher une attitude d'opposition aux contrôles qu'on leur impose.

En somme, l'analyse des entrevues des jeunes participants à cette étude permet de constater que leur consommation de SPA est non seulement précoce et sévère (au moins avant leur placement en centre d'accueil), mais qu'elle entrainerait aussi des conséquences importantes dans leur parcours de vie (par exemple, le placement en centre d'accueil ou la détention, l'implication dans des activités criminelles, etc.). Malgré cela, peu de jeunes ont déjà participé à des programmes de traitement de la toxicomanie. Par ailleurs, si le placement semble contribuer significativement à diminuer leur consommation, il reste que pendant la période de prise en charge, la majorité des jeunes s'organise pour continuer de consommer, soit lors de sorties autorisées ou fugues, soit à l'intérieur même des installations du CJM. Les déclarations de nos participants ont été corroborées par les analyses d'autres chercheurs auprès de populations adolescentes comparables à la nôtre. Nos données indiquent, et l'analyse de la littérature le confirme, que la consommation de SPA des jeunes pris en charge peut avoir des conséquences très importantes dans leurs trajectoires de vie. Il est donc important de ne pas perdre de vue cette problématique, malgré les nombreux autres problèmes observés chez cette population.

²³ Laurier et Lafortune (2008, p.203) affirment qu'il a été impossible d'identifier un terme en français équivalent à « *faking bad* ». Selon la traduction libre des auteurs, « *faking bad* » veut dire : « *donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, produire de réponses qui démontrent son incapacité ou le rendent moins désirable.* » Par ailleurs, « *faking good* » pourrait être traduit comme « *donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, augmenter le score ou créer une évaluation plus positive.* »

Tableau IV : Synthèse des variables associées à la consommation et à l'abus de SPA

Variable	Auteur (s)
Consommation à la préadolescence	Bolognini et al. (2007); Dembo et al. (2007); Jenson et al. (2001); Prinz et Kerns (2003); Laventure et al. (2008); Fergusson et al. (1995); Fergusson et Horwood (1998)
Consommation de substances légales	Kandel et al. (1992)
Groupe de pairs	D'Amico et McCarthy (2006); Kiesner et Fassetta (2009); Oxford et al. (2000); Brunelle et al. (2002a)
Contexte familial	Brunelle et al. (2002a); Brochu et Parent (2005); Marsden et al. (2005)
Polyconsommation	Domalanta et al. (2003); McClelland et al. (2004)
Traitements pour la toxicomanie	Johnson et al. (2004); Lennings et al. (2006); Newburn (1998); Wei et al. (2003); Tremblay et al. (2004)
Criminalité	Braithwaite et al. (2003); Dembo et Schmeidler (2007); Hser et al. (2001); Mason et Windle (2002); Voisin et al. (2008); Brochu (2006); Brunelle et al. (1998); Lennings et al. (2006); Kinlock et al. (2004)
Placement en centre de réadaptation	Martin et al. (1998); Aarons et al. (2008); Tremblay et al. (2007); Courtney et al. (2001); Shin (2004); Baker et al. (2009); Curtis et al. (2001); Morehouse et Tobler (2000); Pumariega et al. (1995)
Accessibilité des SPA	Kuntsche et al. (2005)

3.7 Considérations finales

Bien que les problématiques individuelles des jeunes concernant leur consommation de SPA puissent avoir des degrés de sévérité très distincts, dans les unités observées les thèmes de discussion²⁴ et les situations quotidiennes reliés à l'usage des drogues semblent souvent présents. Les éducateurs sont non seulement au courant de la consommation des jeunes dans les installations du centre, mais connaissent également les différentes stratégies qu'ils utilisent pour fumer du cannabis dans leurs chambres. Indépendamment du niveau d'encadrement des unités, tous les éducateurs avec qui nous avons discuté déclarent qu'un jeune motivé à consommer dans le centre d'accueil peut facilement arriver à ses fins.

Par ailleurs, pendant les observations sur le terrain, dans chacune des unités participantes à l'étude, divers incidents impliquant des SPA ont pu être documentés. Par exemple, au moment de notre arrivée à une des unités globalisantes, l'équipe s'occupait du transfert d'un jeune consommateur vers une unité d'encadrement dynamique élevé. L'argumentaire des éducateurs pour justifier cette initiative était que le jeune se mettait dans des situations à risque pour lui-même et pour son entourage, faute d'un encadrement plus adapté à ses besoins. Dans une autre unité globalisante, c'est la récente overdose d'un jeune de 16 ans, qui avait alors consommé un mélange de cocaïne et de médicaments lors d'une sortie chez des membres de sa famille, qui préoccupait les éducateurs. Les observations dans l'unité d'encadrement dynamique élevé nous ont appris que quelques jeunes consommaient des SPA moins attractives, comme le spray net. D'ailleurs, le jeune qui aurait utilisé cette substance afin de se procurer des effets psychotropes venait d'être transféré d'une unité d'encadrement intensif, étant donné qu'il semblait présenter des symptômes psychotiques.

À notre passage dans les unités fermées, nous avons l'impression que la consommation se ferait probablement plus discrète dans de tels contextes plus restrictifs. Or, cela n'a

²⁴ Il est possible que la connaissance des éducateurs du thème de notre recherche et notre présence quotidienne dans les unités puisse avoir influencé la fréquence par laquelle la consommation de SPA était traitée lors des réunions et des conversations observées.

pas été le cas. Les éducateurs de la première unité fermée qui nous a accueillis nous ont parlé de deux jeunes qui, d'après eux, consommaient du cannabis quotidiennement dans leur chambre. Selon des conversations informelles avec les éducateurs, un de ces jeunes aurait fait en sorte que l'équipe se résigne face à sa consommation, c'est-à-dire que même s'il présentait souvent des symptômes d'intoxication, plus aucune conséquence ne lui était imposée en réponse à ce comportement. Ils nous ont expliqué que plusieurs fouilles ont été effectuées dans sa chambre, sans ne jamais rien trouver. De plus, lorsque confronté, ce jeune devenait agressif. Ainsi, malgré les diverses consultations médicales du jeune pour des symptômes physiques tels le maux de ventre et les maux de tête, son éducatrice de suivi croyait qu'il réussissait à contrôler sa consommation et l'équipe en a conclu qu'il valait mieux lâcher prise en laissant ce jeune tranquille²⁵.

Dans la deuxième unité fermée participante, un jeune est devenu célèbre pour son habileté à confectionner des pipes qu'il utilisait pour consommer du cannabis dans sa chambre. Un éducateur nous a montré une petite boîte où il conservait la « collection de pipes » appréhendées dans la chambre de ce jeune lors des fouilles. Cependant, aucune drogue n'a jamais été retrouvée. En cours d'entrevue, ce même jeune nous a fourni plusieurs informations quant aux stratégies mises en place pour consommer du cannabis de trois à quatre fois par jour dans sa chambre.

Tout compte fait, comme mentionné précédemment, nous n'avons pas remarqué de différences significatives dans les profils de consommation en fonction des différents niveaux d'encadrement observés. La seule différence perçue concerne la consommation actuelle (pendant le placement courant) des jeunes. Ceux en unités ouvertes rapportaient souvent une consommation excessive (des *binges*) lors de leurs sorties à l'extérieur du centre (la fête de Saint Jean ou les célébrations du nouvel an) et une consommation régulière pendant la fin-de-semaine lorsqu'ils sont à la maison. D'autre part, les adolescents contrevenants sous garde dans les unités fermées restreignaient leurs récits à la consommation dans la chambre ou dans la cour de l'unité.

²⁵ Le jeune en question a accepté de participer aux observations de cette étude. Il avait initialement accepté aussi de nous accorder une entrevue, mais quelques jours plus tard, il est revenu sur sa décision.

Toutes ces anecdotes se sont déroulées au moment de notre court passage dans les unités, et plusieurs autres auraient pu être relatées. Ces observations ajoutées aux discussions avec les éducateurs nous font croire que les situations impliquant des jeunes consommateurs sont assez fréquentes dans le CJ. Chose certaine, les consommateurs pris en charge attirent considérablement l'attention des éducateurs. Que ce soit dû à leurs comportements agressifs, leur indifférence ou leur attitude séductrice, leur caractère bavard ou leur air plutôt blasé, ils occupent, de temps à autre, la place d'honneur au sein des conversations d'équipe. Cette situation est quelques-fois remarquée par les autres jeunes de l'unité. Pendant la cinquième rencontre de l'activité GRD animée dans une unité globalisante, un jeune reconnu pour ne pas avoir expérimenté (apparemment aucune) drogue commence, tout d'un coup, à parler d'une supposée « consommation » de cannabis. Lorsque confronté par l'animatrice du groupe, il se montrait peu à l'aise à répondre à des questions auxquelles il aurait dû pouvoir répondre facilement telles que d'où lui provient la substance, comment il finance sa consommation ainsi que dans quel contexte il fait usage du cannabis. Après l'activité, lors d'une conversation informelle avec la chercheuse, une éducatrice affirmait que le profil plutôt « carencé » de ce jeune (qui avait été abandonné par sa famille et qui, à sa connaissance, n'avait aucun « groupe d'amis » avec qui il aurait pu consommer) la poussait à croire qu'il souhaitait seulement attirer l'attention, surtout que les consommateurs actifs prenaient souvent quasiment toute la place pendant l'activité de groupe (et d'après nous, aussi dans le quotidien de l'unité). Ce même jeune, et quatre autres non consommateurs placés dans d'autres unités observées, nous ont abordés afin de savoir si nous les inviterions éventuellement à réaliser une entrevue. Tandis que certains jeunes consommateurs refusaient de participer à cette recherche, d'autres non consommateurs semblaient intrigués face à la possibilité de se voir accorder de l'attention d'un adulte pendant une heure.

Cela nous pousse à nous interroger quant à l'influence des jeunes consommateurs, apparemment plus « débrouillards », sur les autres sans expérience de consommation de SPA. Au delà de la grande accessibilité des SPA pour les jeunes pris en charge d'une

façon générale, l'effet de groupe ainsi que la lutte pour attirer l'attention des adultes et pour être accepté des autres jeunes, pourraient aussi avoir un impact sur l'initiation des adolescents placés.

Finalement, les observations dans les unités du CJM ont dévoilé toute la complexité des tâches attribuées aux éducateurs en CJ. Qualitativement, il faut souligner le difficile équilibre entre le contrôle et l'aide, entre la surveillance et l'ouverture à la relation, entre l'évaluation et l'acceptation; qui sont les fondements du travail des éducateurs en tant qu'intervenants dans un contexte de réadaptation. Par ailleurs, quantitativement, outre l'intervention auprès des jeunes (qui présentent des profils et problématiques souvent multiples), les éducateurs doivent accomplir de nombreuses tâches telles que rédiger divers rapports, compléter plusieurs formulaires organisationnels, être périodiquement en contact avec les responsables du jeune et aussi avec son délégué/travailleur social/thérapeute/médecin/professeur, etc. Ces nombreux rôles joués par les éducateurs peuvent limiter leur disponibilité à établir des relations d'aide avec les jeunes.

Ce chapitre a présenté une introduction à la problématique de la consommation de SPA chez les jeunes placés dans les unités de vie du CJM. En analysant les histoires de consommation et le vécu des jeunes, ainsi que les observations in situ, un premier regard a été posé sur le quotidien des unités de réadaptation en ce qui concerne la consommation de SPA. Face à cette réalité, dans le prochain chapitre nous pousserons un peu plus loin les analyses, en essayant de mieux comprendre les motivations des jeunes à consommer et à changer leur consommation de SPA.

Chapitre quatre: Motivations et amotivations

à l'égard des substances psychoactives

Ce chapitre donne la parole aux jeunes pour leur permettre d'expliquer les émotions, les circonstances, les événements ou les individus qui jouent, à leurs yeux, un rôle important dans leurs motivations à consommer et à changer leur usage de SPA. Les propos recueillis ont aussi permis de connaître les stratégies de changement utilisées par les jeunes qui avaient déjà entamé un processus de changement de leur consommation ou qui songeaient à la possibilité de le faire.

Il importe de rappeler que pour les participants de cette étude, la polyconsommation de SPA constitue la règle plutôt que l'exception. Or, divers auteurs soulignent que la motivation peut être spécifique à chaque substance utilisée (Boys et al., 1999; Boys & Marsden, 2003; DiClemente et al., 2004; Simons, Correia, & Carey, 2000). Il a été donc demandé aux jeunes leurs motivations (à consommer et à changer leur consommation) en lien avec chaque substance mentionnée pendant leur récit. Nous avons pu constater que les jeunes consomment les différentes substances pour des raisons souvent distinctes. Mais, plus que cela, chez ces jeunes généralement considérés comme « peu ou pas motivés à changer », la motivation au changement peut varier énormément en fonction des substances consommées.

L'analyse qualitative des entrevues a été réalisée en deux étapes. Initialement, les principaux thèmes émergeant des récits des jeunes ont guidé l'élaboration des premières catégories (les catégories thématiques). Le cadre théorique (le MTC et la TAD) a été utilisé dans un deuxième moment, afin de pousser plus loin les analyses en orientant la compréhension en profondeur du matériel recueilli. Ce chapitre présente deux sections, la première étant « la motivation et l'amotivation à consommer » et la deuxième « la motivation et l'amotivation à changer la consommation de SPA ».

4.1 La motivation et l'amotivation à consommer

4.1.1 Les analyses thématiques

Dans cette section sont évoqués les éléments que les jeunes retiennent pour expliquer leur motivation à consommer : le plaisir (associé à l'excitation ou à la détente), le soulagement (souvent d'une souffrance psychologique) et la fonctionnalité (la quête d'un effet instrumental associé à la substance). Certains n'ont pas été capables d'identifier leurs sources de motivation, faisant alors référence à un état de « dépendance ». De plus, il a fallu prendre en compte les récits des jeunes concernant leur refus d'expérimenter certaines drogues. Suite à la présentation des catégories thématiques, les données sont analysées à la lumière du cadre théorique de cette thèse.

4.1.1.1 Le plaisir de la consommation

La recherche du « plaisir » est la raison citée par la quasi-totalité des participants quand il est question de leur motivation à consommer. En fait, le « plaisir » serait à l'arrière-plan de toutes les motivations à consommer, bien que d'autres raisons puissent s'y ajouter, comme l'explique catégoriquement JF2 :

JF2 : C'est sûr qu'il y a le plaisir là-d'dans. Si ça serait pas l'fun, pourquoi le monde consommerait?

Les jeunes interviewés font référence à deux principaux types de plaisir : l'excitation et la détente. L'excitation est associée à l'amusement, à la distraction et à un sentiment de puissance. Ces sentiments ont été associés à la consommation de toutes les substances utilisées par cet échantillon de jeunes.

JA2 : Quand que je consommais, j'étais avec des amis pis c'était juste pour avoir du fun des fois-là t'sais. Une fin de semaine ou des fois après l'école ou des fois durant les heures de dîner à l'école. Ça c'était un peu plus risqué là, mais... c'était juste pour avoir du fun entre les amis, t'sais entre amis, pis on niaisait, on se disait des niaiseries.

Une autre dimension du plaisir souvent mentionnée par les jeunes est la détente, le relâchement. Cette motivation a été surtout liée à la consommation du cannabis.

JB4 : T'sais, y'a rien pour dire que «ah je consomme pour oublier de quoi». Je vais me rouler un joint pis je vais le fumer pour me détendre pour dire «ah, la journée est belle, je me sens ben aujourd'hui, tout va bien ».

4.1.1.2 Le soulagement

Même s'ils citent aussi le plaisir comme source de motivation, huit jeunes affirment qu'ils consomment afin de ne plus ressentir la détresse à laquelle ils font face dans un domaine précis de leur quotidien ou situation de vie en général. Pour ces jeunes, la consommation aide à supporter ce qui ne va pas, à éviter un état psychologique désagréable. En faisant référence à ce type de motivation, ils ne font pas, dans la majorité des cas, une distinction entre les substances utilisées, mais parlent plutôt de leur « consommation générale ».

JB3 : Ben... Mes deux parents se sont séparés quand j'avais 4 mois. Ça, ça me fait chier. Pis que ma mère elle ait des problèmes. Que j'ai eu (une grave maladie) aussi...

4.1.1.3 La fonctionnalité

Par ailleurs, un tiers des jeunes font part de leur recherche d'un effet instrumental associé à leur usage d'une substance. Tout comme des médicaments, les jeunes consomment certaines drogues dans des circonstances précises avec le but de devenir ou de se maintenir fonctionnels. Les substances les plus souvent citées dans cette catégorie ont été les stimulants.

JF3 : Ça, c'était juste la nuit là. Comme, quand j'dormais tard. Là, j'allais dans les clubs. Là, un moment donné, j'étais trop saoul, fallait que j'prenne de quoi parce que sinon j'aurais tombé. Alors, j'prenais un speed juste pour pouvoir continuer la soirée.

4.1.1.4 La dépendance

Trois participants ont déclaré ne pas être en mesure d'identifier une source de motivation pour leur consommation de cannabis. Quand nous les avons questionnés à ce propos, ils ont fait référence à un état de « dépendance », disant avoir « besoin » de cette drogue. La consommation est ancrée dans leur vie quotidienne et ils ont une grande difficulté à imaginer leur vie sans cette substance.

JF2 : Pis, aussi parce que j'suis accro au pot. Si j'serais pas accro, j'pourrais juste pas en fumer. T'sais, j'en ai besoin.

4.1.1.5 L'abstention volontaire

La moitié des jeunes ont mentionné des substances pour lesquelles ils n'étaient pas particulièrement attirés, comme la cocaïne, le crack, l'héroïne et les drogues injectables de façon générale. Ils affirmaient ne pas être motivés à expérimenter ou à répéter leur expérience avec ces substances, car elles présenteraient des dangers potentiels (p. ex. : potentiel dépendogène ou risques élevés pour la santé) auxquels ils ne souhaitaient pas être exposés. De façon générale, c'est l'observation de l'état de santé, des comportements ou des conditions de vie de gens de leur entourage qui a contribué à développer leur aversion pour ces drogues.

JD4 : La cocaïne, le crack, se piquer, ça, c'est des choses que... c'est pas pour moi. Quand t'en prends, tu ne peux pu arrêter. Tu es rendu un dépendant grave pis j'veux pas m'rendre jusqu'à là moi. Je veux pas scraper ma vie pour une p'tite ligne ou une p'tite puff.(...) J'vois tout d'suite, dans la réaction des gens qui fument (du crack) là... leur réaction c'est : « warhhh », y'ont leurs yeux sortis de leur tête. Ils voient que... ils s'grattent le cou. Ahhhh!

4.1.1.6 Les diverses et dynamiques motivations à consommer

Il faut noter que la consommation d'une même substance peut être motivée par différentes raisons, dépendamment des circonstances et de l'état émotionnel du jeune.

JF2 : C'est sûr que y'a le fun là-d'dans. Pour relaxer, des fois. Des fois, pour oublier des situations... il s'passe quelque chose, j'fume un joint... pas que j'oublie, mais j'oublie un certain temps.

Par ailleurs, comme ont souligné plusieurs jeunes, les raisons qui les amènent à consommer ont changé tout au long de leur trajectoire de consommation. Ainsi, en début de trajectoire, la motivation était associée à une source qui, au fil du temps, a été remplacée par une autre.

JC1 : Ben, au début, c'était pour oublier mes problèmes, quand j'consommait tout l'temps. Mais là, c'est plus pour... j'ai associé ça à relaxation. Icitte, j'vis d'la marde à longueur de semaine. Mais, genre, au début, j'fumais, à tous les jours, quand j'sortais les fins de semaine. Mais là, j'vais fumer une five par fin de semaine pis j'vais le fumer le samedi, genre, en après-midi ou en soirée. Mais, j'associe ça plus... t'sais... relax. Vider de mes émotions que j'ai vécues la semaine. Pis, en même temps... j'sais pas... j'aime ça être pété. Quand j'étais pété 24 sur 24, ça, c'était vraiment pour oublier mes problèmes. Mais là, c'est plus pour le fun.

Les analyses révèlent la complexité des raisons qui amènent un jeune à consommer des SPA. En fait, bien qu'elles puissent se chevaucher, les motivations à consommer peuvent être distinctes à l'égard de chaque substance et de chaque contexte de consommation. Par ailleurs, si le plaisir semble toujours présent, il n'est pas invariablement cité par les jeunes comme la source première de motivation à consommer. Ils ont été nombreux à citer d'autres raisons telles le soulagement des états émotionnels négatifs, le désir d'obtenir des effets stimulants pour poursuivre leurs

activités et même le fait de se considérer dépendants de la drogue et avoir oublié depuis longtemps les raisons qui les amenaient à la consommer. Cependant, il est également noté que les jeunes interviewés ne consomment pas toutes les substances disponibles de façon indiscriminée. Il existe certaines limites à leur consommation qui se manifestent vis-à-vis les drogues qu'ils considèrent, par expérience propre ou par observation, particulièrement « dangereuses ».

La littérature scientifique corrobore les sources de motivation à consommer citées par les jeunes interviewés. Les études ayant pour but de mieux comprendre les raisons qui amènent les jeunes à consommer se sont, en général, intéressées également à proposer des stratégies pour les programmes de prévention de la consommation de SPA. Certains chercheurs estiment qu'à travers la connaissance des raisons de consommation des jeunes (chaque substance individuellement et plusieurs en combinaison), des programmes de prévention plus efficaces pourront être développés (Boys & Marsden, 2003). Les populations cibles, les substances considérées (individuellement ou regroupées ensemble à l'aide de nomenclatures telles « *substance use* » ou « *illicit drug use* »), les méthodologies utilisées et même les terminologies pour faire référence aux sources de motivation varient beaucoup d'une étude à l'autre. Néanmoins, les catégories identifiées dans la présente étude sont souvent confirmées par ses prédécesseurs.

L'étude qualitative menée par Boys et al. (1999) auprès de 50 jeunes âgés entre 16 et 21 ans soulève comme motivations pour la consommation de substances : la relaxation, la diminution de la gêne, l'augmentation de la confiance en soi, le projet d'aller danser (en lien à la fois avec nos catégories « le plaisir » et « la fonctionnalité »), la diminution de l'appétit, l'augmentation de l'énergie et de la motivation pour les activités quotidiennes, la facilitation du travail, le contrôle des effets des autres drogues (en lien avec notre catégorie « la fonctionnalité »), le soulagement de l'ennui et des pensées dépressives et l'éloignement des problèmes (en lien avec notre catégorie « le soulagement »). Ces thèmes ont été également vérifiés dans une étude quantitative auprès de 364 jeunes polyconsommateurs (Boys et al., 2001). La relaxation et le fait de « devenir intoxiqué » ont été suivis par « se maintenir réveillé la nuit pendant des activités sociales »,

« accroître le plaisir dans une activité », et par le soulagement de l'humeur dépressif comme les principales motivations à consommer des SPA citées par leurs participants. Par ailleurs, les adolescents interviewés par Allen (2003) ont mentionné être particulièrement motivés à consommer quand ils se sentaient déprimés, quand ils en avaient marre, quand ils étaient stressés ou quand ils s'ennuyaient.

La « fonctionnalité » recherchée par les participants à travers la consommation de stimulants a également été observée par Parks et Kennedy (2004) qui ont analysé la motivation de jeunes adultes à consommer des « *club drugs* » (ecstasy, GHB, ketamine, Rohypnol, méthamphétamine et LSD). D'après leurs participants, ces drogues sont utilisées majoritairement pour leurs propriétés stimulantes (p. ex. pour augmenter l'énergie ou rester réveillé), pour augmenter l'effet d'une autre substance et pour rechercher de l'*insight*. Ces conclusions confirment celles de Boys, Lenton, & Norcross (1997) qui affirment que les principales raisons pour consommer de l'ecstasy parmi leurs participants polyconsommateurs (âgés de 16 à 22 ans) ont été : continuer (*keep going*) et accroître le plaisir dans des activités, se sentir excité, rester éveillé, devenir intoxiqué, apprécier la compagnie des amis et accroître le plaisir dans les relations sexuelles. La recherche des effets stimulants de la drogue a aussi été observée chez des adolescents usagers de cocaïne. Les principales motivations à consommer cette substance ont été la recherche de ses effets physiques (diminution de la fatigue, augmentation de l'énergie), mentaux (sentiments agréables, autoconfiance, clarté mentale) et sociaux (bavarder, profiter de la compagnie des amis) (Van der Poel, Rodenburg, Dijkstra, Stoele, & Mheen, 2009).

La dépendance au cannabis mentionnée par certains des participants peut être discutée à la lumière de l'étude longitudinale menée par Perkonigg et al. (2008) auprès de jeunes âgés de 14 à 22 ans, suivis dans des intervalles de quatre et dix ans après la première entrevue. Les auteurs notent que parmi les jeunes qui utilisaient du cannabis occasionnellement (c.-à-d. au moins cinq fois pendant les 12 mois qui précédaient chaque entrevue), la consommation était plutôt stable et les taux de rémission relativement bas jusqu'à l'âge de 34 ans. En plus, la dépendance au cannabis lors de la

première entrevue a été un facteur prédictif de la dépendance au cannabis 10 ans plus tard. Ces résultats suggèrent que l'usage de cannabis à un jeune âge est associé à une augmentation de la vulnérabilité à développer une consommation chronique et même, à la dépendance à cette drogue. Étant donné que la consommation prolongée de cannabis est associée à une diminution de la performance cognitive et à une faible scolarité (Lundqvist, 2005), ces résultats sont préoccupants. La recherche de Perkonigg et al. (2008) a aussi démontré que l'utilisation d'autres drogues illégales combinées avec le cannabis a été associée à la consommation de cannabis dans les entrevues de suivi et que la consommation fréquente d'autres drogues illégales a prédit la dépendance au cannabis. Or, les jeunes interviewés dans notre étude et qui ont fait part de leur sentiment de dépendance s'étaient initiés à l'usage des drogues à l'âge de 12 à 14 ans, en plus de consommer d'autres substances combinées au cannabis. Si on se fie à l'étude de Perkonigg et al. (2008), ces deux facteurs donnent des indices d'une consommation de cannabis relativement grave.

Concernant l'abstention volontaire à l'égard de certaines drogues, Boys et al. (1999) affirment que les jeunes ayant des expériences semblables de consommation partagent les mêmes règles de base qui les maintiennent à distance de l'héroïne, du crack et de toutes les drogues injectables, puisque ces drogues sont perçues comme plus dangereuses que les autres. Parmi leurs participants, certains considéraient aussi la cocaïne en poudre parmi les substances dangereuses, tandis que des consommateurs plus expérimentés percevaient la cocaïne comme étant similaire à l'ecstasy et aux amphétamines. Dans le même sens, parmi les jeunes non consommateurs de drogues, les raisons les plus citées pour éviter les SPA ont été : la peur des effets, les effets observés chez les autres, avoir des amis qui ne consomment pas et n'avoir pas d'intérêt particulier envers l'usage de drogues (Fountain et al., 1999; Allen, 2003).

En essayant de pousser plus loin les conclusions des recherches dans ce domaine, Boys et Marsden (2003) ont voulu comprendre les possibles liens entre les raisons pour consommer et les problèmes associés à la consommation chez un échantillon de jeunes polyconsommateurs. Ils ont conclu que les jeunes qui utilisent des SPA afin de soulager

des états émotionnels négatifs sont à risque plus élevé de développer des problèmes associés à l'usage d'alcool, de cannabis et de cocaïne. En outre, les jeunes qui consomment pour « devenir intoxiqués » (c.-à-d., pour le plaisir associé à l'usage de la substance) avec l'alcool, l'amphétamine ou le cannabis ont un risque élevé de voire s'intensifier leur consommation de ces substances. Par ailleurs, les jeunes qui consomment pour de nombreuses raisons (et chez qui les drogues accomplissent diverses fonctions, comme plusieurs de nos participants) semblent faire un choix rationnel en acceptant les problèmes associés à leur consommation, puisqu'ils perçoivent que les bénéfices de la consommation l'emportent sur les coûts. Ces résultats répliquent, dans une certaine mesure, ceux de Novacek, Raskin, & Hogan (1991) qui rapportent une association positive entre l'utilisation des drogues pour le « plaisir » ou « pour faire face » (« *to cope* ») aux circonstances de vie et la fréquence de la consommation. Une consommation moins fréquente a été associée à des motivations telles « pour appartenir à un groupe », « pour devenir plus créatif ou agressif ».

Dans le même ordre d'idées, la relation entre les motivations pour consommer de l'alcool et les problèmes associés à l'usage de cette substance a été investiguée dans une étude longitudinale auprès de 11 627 adolescents (Comasco, Berglund, Orelund, & Nilsson, 2010). Les résultats indiquent que le fait de boire pour augmenter le bien-être, pour obtenir des récompenses sociales ou pour diminuer les tensions et les émotions négatives a été positivement relié aux problèmes avec l'alcool. À l'inverse, une relation négative a été observée entre le fait de boire pour augmenter le « pouvoir personnel » et l'agressivité et les problèmes avec cette substance.

Des conclusions semblables ont été obtenues auprès de jeunes consommateurs de cannabis. Hyman et Sinha (2009) notent que le cannabis est fréquemment utilisé comme stratégie pour faire face au stress. Leur recherche associe les événements négatifs de la vie, les traumatismes et les stratégies inadaptées de « *coping* » à la consommation de cette drogue. Les auteurs notent qu'en dépit du fait que plusieurs individus puissent faire usage de cannabis sans vivre de conséquences négatives majeures, ceux qui utilisent

cette substance pour faire face au stress seraient à un risque plus élevé de développer une dépendance.

Un facteur traditionnellement associé à la consommation de SPA par les adolescents est l'influence des pairs (Barnes, Hoffman, Welte, Farrell, & Dintcheff, 2007; Fowler et al., 2007; Hill, Emery, Harden, Mendle, & Turkheimer, 2008; Voisin et al., 2008). Toutefois, le rôle joué par les pairs dans la motivation à consommer n'a pas été particulièrement souligné par les participants de notre étude. Il est possible qu'un certain degré de désirabilité sociale puisse expliquer cette omission, certains étant désireux de transmettre une image de soi comme mature et indépendant. Il est vrai cependant que la chercheuse ne posait pas directement la question à savoir si le jeune percevait ou non la pression des pairs à consommer. Quoiqu'il en soit, quand il était question des motivations à consommer, les jeunes faisaient référence à leurs amis surtout pour nous parler de l'amusement associé aux circonstances de consommation. Deux participants ont même affirmé que les pairs n'exerçaient aucune pression sur leur usage de drogues. En fait, leurs amis ne se sentaient nullement gênés par leur choix de consommer ou non en leur compagnie et à la limite, ils étaient satisfaits de ne pas avoir à partager leur drogue.

Boys et Marsden (2003) affirment que la consommation des pairs fournit surtout des indices d'accessibilité aux drogues, tandis que les motivations à consommer peuvent expliquer dans quelle mesure les jeunes profiteront ou non de cette accessibilité. En plus de cette plus grande facilité d'accès aux SPA, la fréquentation de pairs usagers de drogues semble influencer la consommation de cannabis à long terme, ainsi qu'augmenter le risque d'initiation à la consommation de cette drogue (Perkonig et al., 2008).

4.1.2 Analyses inspirées du cadre théorique

Vallerand et Brière (1995) ont utilisé la TAD pour élaborer l'Échelle de motivation à la consommation d'alcool (ÉMCA) qui a été validée à partir de trois niveaux

d'internalisation de la motivation à consommer: la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Les affirmations associées à chaque niveau d'internalisation ont inspiré les analyses théoriques des catégories thématiques identifiées dans la section précédente. Afin d'alléger le texte et favoriser la compréhension du lecteur, dans les analyses, nous avons utilisé les termes « motivation autonome » pour faire référence à tous les niveaux de motivation intrinsèque et « motivation contrôlée » pour faire référence à tous les niveaux de motivation extrinsèque.

Dans ce sens, la première catégorie en lien avec la motivation à consommer soulevé dans les analyses, « le plaisir de la consommation », relève d'une motivation qui peut être qualifiée d'autonome. Ce type de motivation réfère au fait de réaliser une activité (ou de manifester un comportement) pour les sensations de satisfaction que l'on retire pendant la pratique de l'activité (Deci, 1975). Donc, le jeune qui est motivé d'une façon autonome, consomme par choix et par intérêt et ne sent aucune pression externe pour le faire. Ce plaisir et cette satisfaction, inhérents plutôt que conséquents à l'activité de consommer, lui permettent aussi de combler ses besoins fondamentaux de compétence et d'autonomie (Deci & Ryan, 1985).

Les études suggèrent que les individus motivés de façon autonome (plus spécifiquement intrinsèque) démontreraient un niveau plus élevé de persévérance dans leur comportement que les personnes motivées de façon contrôlée ou amotivées (Deci & Ryan, 2000). C'est-à-dire que la consommation motivée par le plaisir peut s'avérer assez difficile à changer. Bref, c'est le désir (et les attentes) de revivre les émotions plaisantes ressenties au moment de la consommation qui amènerait le jeune à re-consommer. On remarque également que certaines études empiriques mentionnées plus haut soulèvent un grand nombre de problèmes associés à la consommation chez les jeunes qui affirment consommer pour le plaisir (Boys & Marsden, 2003; Comasco et al., 2010). L'extrait suivant souligne la relation entre le plaisir et l'intensification de l'usage de la drogue.

JE2 : J'consommait beaucoup de ça parce que j'étais pogné là-d'dans pis j'aimais ça. J'aimais comment j'me sentais. J'étais

ben. Fai'que, j'ai continué à en prendre, en prendre, à essayer plein de sortes. Pis là, j'ai commencé à en prendre tous les jours. Tous les jours, j'dormais pas. J'me couchais à 6-7 heures du matin, j'me levais et c'était l'heure du souper. Pis, ça recommençait tous les soirs.

D'autre part, « le soulagement » et « la fonctionnalité » représentent ce qui, dans le cadre de la TAD, est considéré comme « la motivation contrôlée ». En fait, il semble que tous les individus qui consomment ont, au moins dans une certaine mesure, une motivation contrôlée (p. ex. parce que la situation sociale est propice, pour bien paraître face à soi-même et aux yeux des autres, pour se détendre ou éprouver un soulagement, etc.) (Vallerand & Brière, 1995). Dans ces cas, l'individu ne fait pas référence directement à l'activité de consommation comme étant le moteur qui l'anime à consommer, mais voit plutôt la consommation comme une sortie de secours face à des sentiments, souvenirs ou situations indésirables de sa vie.

JC6 : Ben, la plupart du temps, quand j'suis influencé pis que j'décide de l'faire, c'est parce que ça va mal. Mettons, des problèmes avec le Centre, des problèmes quand j'avais 8 ans avec le foyer, des problèmes avec les gens, avec ma blonde, avec mes ex. Pis là, quand le gars est comme : « viens fumer », ben moi, j'm'en viens parce que j'suis écoeuré.

La persévérance des comportements motivés de façon contrôlée semble être un peu plus difficile à prévoir que celle des comportements autonomes, étant donné que, dans le continuum de l'intégration de la motivation (voir Figure 2), la motivation contrôlée peut varier énormément pour ce qui est de l'autonomie relative des comportements. Les comportements motivés de façon partiellement internalisée seraient plus passibles de se maintenir dans le répertoire de l'individu que ceux motivés de façon externe (entièrement contrôlé) (Deci & Ryan, 2000). Cependant, on sait que les comportements motivés de façon contrôlée peuvent à tout moment devenir des comportements autodéterminés, et que l'environnement social jouerait un rôle essentiel dans ce processus (Ryan & Deci, 2000).

Quoiqu'il en soit, selon Markland et al. (2005), les comportements motivés notamment par des motifs extérieurs à l'activité elle-même seraient moins persistants, car quand les contrôles (ou les contraintes) externes ne sont pas actifs, l'individu pourrait s'en abstenir. D'après ses auteurs, cela voudrait dire que les jeunes qui consomment du cannabis pour oublier leurs problèmes avec le centre de réadaptation, par exemple, pourraient avoir tendance à ne pas consommer (ou à moins consommer) une fois que ces problèmes ont été réglés. À notre avis, cette conclusion n'est pas appropriée étant donné la variété et l'aspect dynamique des sources de motivation illustrées dans cette section.

Les deux dernières catégories thématiques (la dépendance et l'abstention volontaire) correspondent à ce que la TAD considère « l'amotivation ». D'un côté, l'amotivation est associée au sentiment de dépendance. L'individu n'est pas capable d'identifier clairement les raisons qui le font consommer et ne perçoit plus que le comportement est sous son contrôle (Vallerand & Brière, 1995). De l'autre côté, le fait de s'abstenir volontairement de consommer certaines substances indique un manque de valorisation de ce type de consommation ainsi qu'une perception que ces substances ne lui apporteront aucune récompense significative comparativement aux dangers potentiels (Ryan & Deci, 2000).

Conformément à ce qui a été mentionné au chapitre un, les études scientifiques qui visent à mieux comprendre la motivation des jeunes à consommer des SPA ou à s'engager dans des comportements à risque à la lumière de la TAD sont, pour le moment, peu nombreuses. De façon générale, elles indiquent que les jeunes présentant un profil motivationnel de type « contrôlé » dans leur vie en général, ainsi que ceux ayant des aspirations extrinsèques (p. ex. le succès, l'argent) seraient plus passibles de soulever des raisons également extrinsèques autant pour leur usage de SPA (Knee & Neighbors, 2002). De surcroît, le fait de se sentir contrôlé et de fournir des raisons extrinsèques pour consommer de l'alcool a été continuellement associé à une consommation élevée et à des résultats scolaires, relationnels et médicaux moins adaptatifs (Knee & Neighbors, 2002).

Il importe de remarquer que les résultats des études démontrent généralement que la motivation intrinsèque (le degré le plus élevé d'autonomie dans le continuum de l'intégration de la motivation) est associée au bien-être et à des comportements de santé (Ryan & Deci, 2000), bien que les auteurs soulignent que tous les comportements bénéfiques ne sont pas motivés de façon autonome (Deci & Ryan, 1985, 2002). Cependant, les études conduites auprès de populations de jeunes à risque indiquent que l'item qui évalue la motivation intrinsèque (« Je fais ces choses parce que j'ai du fun en les faisant ») est souvent choisi par les jeunes pour décrire leurs motivations envers des comportements à risque (Taylor et al., 2004; Osborne et al., 2009). Or, pour ces jeunes, leurs activités quotidiennes (p. ex. l'usage de SPA) sont souvent considérées comme des activités très plaisantes. Ainsi, le lien entre la motivation autonome et le bien-être semble ne pas se maintenir quand il est question des populations particulièrement à risque d'adopter des comportements potentiellement nocifs pour leur santé (Taylor et al., 2004; Osborne et al., 2009).

Les catégories thématiques qui ont émergé des récits des participants ont démontré que le MTC ne s'est guère avéré utile pour l'analyse de la motivation à consommer. Étant donné que les participants consommaient, ou avaient déjà consommé, au moins une SPA de façon régulière, ni les stades d'acquisition, ni ceux de changement n'étaient pertinents aux analyses de leur motivation à consommer. Toutefois, ce modèle s'est avéré davantage pertinent pour les analyses de la motivation au changement qui fait l'objet de la prochaine section.

Tableau V : Synthèse des variables associées à la motivation à consommer des SPA

Variable	Auteur (s)
Plaisir (excitation / détente)	Boys et al. (1999); Boys et al. (2001); Boys et al. (1997); Van der Poel et al. (2009)
Fonctionnalité	Boys et al. (1999); Boys et al. (2001); Parks et Kennedy (2004); Boys et al. (1997); Van der Poel et al. (2009); Hyman et Sinha (2009)
Soulagement de la souffrance	Boys et al. (1999); Boys et al. (2001); Allen (2003)
Dépendance	Perkonigg et al. (2008)
Abstention volontaire	Boys et al. (1999); Fountain et al. (1999); Allen (2003)
L'influence des pairs ²⁶	Barnes et al. (2007); Fowler et al. (2007); Hill et al. (2008); Voisin et al. (2008)

4.2 La motivation et l'amotivation à changer

D'entrée de jeu, il importe de mentionner que tous les jeunes interviewés, sans exception, ont affirmé avoir changé leur consommation dès leur placement en centre de réadaptation. Certains déclarent avoir cessé l'usage de toutes ou de certaines substances, d'autres avoir diminué significativement leur consommation en général. Toutefois, si le changement comportemental est rapporté par tous les participants, leurs perceptions sur les facteurs associés à ce changement varient énormément d'un jeune à l'autre, et aussi chez un même jeune en fonction des différentes substances consommées. Les analyses thématiques ont permis de regrouper leurs réponses selon les catégories présentées dans la section suivante.

²⁶ Cette variable n'a pas été vérifiée par notre étude.

4.2.1 Analyses thématiques

4.2.1.1 Les relations interpersonnelles

La majorité des participants (22) ont fait référence à l'important rôle que « les personnes significatives » jouent sur leur envie de diminuer ou d'arrêter leur usage de SPA. La majorité a déclaré que leur consommation nuisait non seulement à leurs relations interpersonnelles avec les membres de leur famille (notamment avec le(s) parent(s) avec qui ils habitaient), mais avaient aussi des répercussions sur le quotidien et la vie personnelle de ces derniers. En général, ils reconnaissent que leur comportement a pu pousser ces personnes à prendre des décisions extrêmes, comme demander l'aide des services sociaux et même les placer en centre d'accueil. La perception des problèmes causés par leur usage de SPA au sein de leur famille semble causer un certain sentiment de culpabilité, et peut être un facteur pris en compte quand il est question de songer à un changement de la consommation.

JE1 : Ben, quand j'arrivais le soir et que j'disais à ma mère: « J'ai fini mes devoirs, j'm'en vais dehors ». Pis là, elle disait : « OK, j'te veux à telle heure ». Là, c'était rendu que si elle me disait de rentrer ici à 8h, j'rentrais vers 11h ou minuit. Là, elle m'attendait devant la porte et elle entendait la clé rentrer. Là, elle m'attendait et ouvrait la lumière. Quand elle parlait, moi, j'essayais de garder les yeux grands ouverts. Pis là, elle voyait parce qu'à cause de la lumière mes yeux brillaient, mes yeux étaient rouges. Là, je l'ai vu pleurer pour ça aussi, comme : « Pourquoi tu as fait ça, moi, j't'ai jamais appris ça ». Des affaires de même.

Les « personnes significatives » peuvent avoir une influence sur la motivation à changer des jeunes, même sans être au fait de leur consommation. Du moins, c'est ce qu'exprime JE6 en affirmant que la seule raison capable de le pousser à arrêter de consommer du cannabis serait que sa mère découvre sa consommation. Bien que, de toute évidence, cette mère soit au courant des comportements délinquants de son fils (il était placé dans une unité fermée), c'est la consommation de SPA qui, selon le jeune, pourrait nuire

considérablement à leur relation. Sa mère semble être une figure de grande importance dans sa vie et le fait de la décevoir lui serait difficilement supportable.

JE6 : Le moins possible j'le montrais à ma mère. Donc, j'étais pas con, à chaque fois que j'fumais, j'm'en allais jouer au soccer ou faire quelque chose pour que l'effet passe. J'aime mieux me faire arrêter par la police en étant gelé que ça soit ma mère qui le sache. (...)... parce qu'on est comme ça les... (groupe ethnique auquel appartenait ce jeune). J'ai vraiment beaucoup de respect pour ma mère et j'voudrais pas qu'elle sache ça.

M : Ah, OK. Pis, est-ce qu'il y aurait quelque chose qui pourrait t'aider à changer ta consommation, d'après toi? Quelque chose ou quelqu'un?

JE6 : Ça serait ma mère si il elle le saurait.

M : Est-ce qu'elle t'aiderait?

JE6 : Non, mais juste le fait qu'elle le sache, j'arrêteraï directement.

Seulement un jeune dans cette catégorie affirme que les problèmes familiaux en lien avec sa consommation ont été la raison de son placement en centre d'accueil, mais il n'est pas d'accord pour affirmer que « sa consommation » est la source de ces problèmes. Dans ce cas, on remarque que la toxicomanie semble imbriquée profondément dans la dynamique familiale. Il relate que sa mère est toxicomane, prostituée et complètement absente de sa vie puisqu'elle a quitté le foyer familial en laissant le jeune sous la garde de son beau-père (ex-conjoint de la mère, mais appelé « père » par le jeune). De plus, l'adolescent aurait été victime de cet homme alcoolique qui, quand intoxiqué, devenait agressif envers lui. Étant donné toute la complexité de sa situation familiale, le jeune ne croit pas que sa consommation puisse être la source de ses problèmes familiaux.

JB3 : Moi, c'est pas ma consommation qui faisait que j'étais comme ça avec mon père. Mais mon père, lui, disait que c'était à cause de ça. Mais moé je dis que non parce que je suis capable de me contrôler sur mon agressivité. Regarde... Pis mon père lui quand qu'il est saoul, il est super méchant pis c'est comme moi, tu veux me faire chier, je vais te faire chier. Tu veux me frapper, je vais me défendre. C'est ça qu'il a fait pis je me suis défendu.

Par ailleurs, trois jeunes ont identifié la famille comme une source de motivation à changer, mais d'une façon différente des propos précédents. Dans les trois cas, ils affirment que la toxicomanie (ou la toxicomanie et la criminalité) de leur père n'est pas un exemple qu'ils souhaitaient suivre. En se projetant dans l'avenir, ces jeunes n'aimeraient pas se voir dans la situation actuelle de leur paternel (un étant alcoolique et sous l'aide sociale, l'autre détenu, tandis que le troisième est toujours toxicomane en plus d'être en exil à l'extérieur du Canada en raison de sa criminalité passée). Ils ont eux-mêmes souffert des conséquences de l'instabilité émotionnelle, comportementale et financière causées par la consommation de ce parent et n'aimeraient pas imiter ou répéter ce type de comportement.

JB4 : La seule raison qui a fait que j'ai arrêté l'alcool, c'est mon père. Parce que je vois comment que mon père est pis t'sais, mon père pis moé, moé je suis la copie de mon père. (...) Mon père, comment qu'il est? Il est violent, agressif, impulsif. Y'a de la misère t'sais à se trouver une job parce qu'il est tout le temps saoul. Il est sur le BS social depuis des années. Il boit tout le temps de l'alcool. T'sais pis on n'était pas capable de passer une fin de semaine sans me donner des claques sur la gueule. Moi, j'ai pas envie quand je vais avoir des enfants, parce que je suis alcoolique, de leur crisser une claque sur la gueule toutes les fins de semaine parce qu'il y en a un qui me fait chier.

Concernant les relations avec leurs pairs, l'éloignement des amis et des copines en raison de leur consommation de SPA est mentionné par la moitié des jeunes comme une source de motivation au changement. Le fait d'être « laissés à eux-mêmes » par ces individus qu'ils aimaient bien semble les avoir amenés à réfléchir sur les possibilités de changement.

JB6 : Ben, comme, les pilules parce que, d'après moi, tu deviens plus accro plus vite qu'au pot. Mais comme, j'ai arrêté ça là aussi parce que... mon ex elle m'a laissé parce que j'prenais d'la pilule pis tout là.

Par ailleurs, certains jeunes mentionnent avoir été particulièrement touchés par les conséquences néfastes de l'abus de substances observés chez quelques amis ou

connaissances. Le fait d'être témoin des effets des drogues sur le corps et le psychisme d'un de leur proche aurait eu un important impact sur leur prise de conscience.

JE6 : Ouf, y'avait un gars qui était venu. Ils l'ont trouvé avec une petite fiole de kétamine, des affaires de fou là. (...) Ah non! C'est sûr que j'voudrais pas finir de même, à être obligé de consommer à chaque seconde. Ça m'a fait réfléchir un peu.

Pour ce qui est du rôle de la relation interpersonnelle avec les éducateurs sur leur motivation à changer, les avis des jeunes semblent mitigés. Un tiers des jeunes déclarent que la relation établie avec certains éducateurs les a aidés à prendre conscience de certaines conséquences négatives de l'usage de SPA et d'envisager des possibilités de changement. Ces expériences relationnelles positives les aident à réfléchir et les motivent à prendre des moyens pour changer leur consommation.

JF4 : J'm'entends très bien avec lui. J'aime ça façon de travailler. Tsé, y'est là, il m'écoute. (...) J'en parle beaucoup plus souvent de ça (son usage de drogues). Tsé, comment tu vas faire pour gérer ça à l'extérieur, trouver des moyens, comment trouver la routine de vie, aller à l'école.

Par contre, huit jeunes affirment que la relation développée avec les éducateurs, non seulement ne les motive pas à changer, mais aussi augmente leur résistance vis-à-vis les possibilités de changement. D'après ces jeunes, les éducateurs exigent excessivement de changements de leur part et mettent trop de pression sur leurs épaules. Cette pression pour apporter ces divers changements dans un court laps de temps, au risque de subir des conséquences négatives semble décourager ces jeunes qui décident alors de « faire leur temps » dans le centre, sans trop réfléchir aux demandes des éducateurs.

JG1: On change pas. On fait notre temps. On est là un peu. Après ça, on s'en va. Ça revient comme quand tu étais dehors. Tu peux pas forcer un gars à changer. C'est ça qu'ils font icitte. Y'essaye de te forcer à changer. C'est pire quand tu essayes ça, de forcer le gars à changer

4.2.1.2 La perte de la liberté dans la consommation

Plus de la moitié des participants ont déclaré s'être rendus compte, à un moment donné, avoir perdu la liberté de choisir le moment ou la quantité qu'ils auraient voulu consommer et « avoir besoin » de la substance pour passer à travers leur journée. Pour ces jeunes, le sentiment de « dépendance », d'être coincé, pris, d'avoir perdu la capacité de choisir ce qu'ils voulaient faire et quand le faire, a été un moteur important de leur motivation au changement. Suite à cette prise de conscience, et après de nombreuses tentatives échouées, certains affirment avoir réussi à arrêter ou du moins, à diminuer significativement la consommation de la substance en question.

JB1 : Ben parce que c'était rendu que ça me prenait ça. T'sais quand tu as besoin de ça, là tu as un problème. Mais si tu n'as pas besoin, ben c'est pas un problème. Avant j'en avais besoin, sans ça je pétait ma coche, j'étais pas de bonne humeur, j'envoyais chier tout le monde... t'sais. Fai'que je considère ça comme un problème, mais maintenant, je fume vraiment à l'occasion.

Parmi ces jeunes, certains ajoutent qu'après avoir significativement diminué leur fréquence d'usage d'une substance, ses effets sont plus puissants et plus plaisants lorsqu'elle est consommée à nouveau. Cette perception s'est ajoutée au sentiment d'indépendance obtenu par la sensation de contrôle de la consommation, pour stimuler encore plus la motivation au changement.

JC1 : ...quand on va fumer notre joint, on va être fucking pété parce que ça fait une semaine qu'on a pas fumé. On s'fume une five à deux là. Avant, c'qu'on fumait, c'est des blunts. Dans des blunts, tu vas mettre quatre grammes là-dedans. On fumait ça à deux. On n'était même pas aussi pété que là, quand on fume notre five à deux. Tu comprends. En même temps, le plaisir n'est plus l'même. T'sais comme, avant, j'vivais pour ça.

Plus encore, certains jeunes ne souhaitaient pas s'identifier comme étant « accro », dépendant, toxicomane. Ils ne veulent pas se voir comme tel et tiennent à ce que les

autres n'aient pas cette perception à leur égard. Ce refus de s'identifier comme toxicomane s'ajoute donc à leur perception de manque de contrôle pour les pousser vers un changement.

JC5 : Parce que j'suis pas un drogué. Moi, j'aime mieux m'centrer sur mes affaires. J'ai pas envie de passer devant des yeux de tout l'monde que... t'sais, c'est quand même des p'tites drogues, mais t'sais j'veux pas trop n'en prendre. C'est pas bon pour ma santé là. Genre, ça peut nuire à ma concentration pis tout là. Pis, j'veais devenir accro pis ça me tente pas.

Cependant, la prise de conscience d'une dépendance aux SPA n'a pas été suffisante pour amener certains jeunes au changement. Pour ces derniers, reconnaître leur manque de contrôle sur leur consommation leur fait réaliser la présence d'un problème, mais sans être encore suffisant pour les pousser vers le changement de comportement. Dans leur cas, les modifications apportées à leur consommation une fois pris en charge par le CJ s'expliquent par d'autres raisons.

JF1 : Parce que j'ai une dépendance à la cocaïne. C'est sûr que j'devrais pas consommer, mais dès que j'ai consommé une fois d'la cocaïne, ç'a été automatique. Parce que dès que tu débuzz de la cocaïne, t'es down et tu as comme envie d'en reprendre. (...) Fait que, ça fait ça pendant 4-5 mois. Après, j'me suis fait arrêter pis j'suis venu ici.

Finalement, deux participants ne voient pas leur besoin de consommer comme étant particulièrement problématique, il n'a donc sûrement pas été le principal moteur du changement réalisé dans leur consommation. JF2 affirme avoir besoin de consommer du cannabis, mais ne considère pas que cette habitude soit nocive en soi, étant donné la nature « douce » de cette substance. Malgré cela, il remarque que le manque de contrôle de sa consommation peut avoir des conséquences négatives étant donné les mesures qu'il doit prendre pour éviter de revenir en CJ. Pour sa part, JE1 ne croit pas que sa consommation d'alcool était si sérieuse, étant donné l'absence de symptômes de sevrage suite à son placement et à son abstinence forcée dans le centre de réadaptation.

M : Penses-tu que tu as un problème de consommation?

JE1 : Avec l'alcool, ouais. Moi, j'ai trouvé que j'avais un problème de consommation parce que c'était rendu que je buvais, à chaque jour, à grosse quantité. Mais, c'était pas comme si... pas problème grave, grave, grave parce que, depuis que j'suis rentré ici, j'étais pas en train de paranoïer : « Ah! J'veux de l'alcool! J'veux de l'alcool! J'veux de l'alcool! » C'est juste que j'avais pris ça comme une habitude pis j'aimais ça. C'est tout.

4.2.1.3 La santé physique et la santé mentale

Presque la moitié des jeunes ont souligné les impacts nuisibles des SPA sur leur santé physique ou mentale comme des facteurs associés à leur motivation à changer. Cependant, leurs propos n'ont pas toujours été clairs pour ce qui est des effets objectifs des substances sur leur santé. Malgré nos efforts pour clarifier leurs déclarations, en général, nous n'avions droit qu'à des affirmations très générales et peu spécifiques sur ce qu'ils comprenaient comme étant une conséquence indésirable de la consommation sur leur santé. Il est possible que le manque de connaissance à propos des effets des substances ait nuit à clarifier ce qu'ils entendaient par un « effet nuisible ». Quoiqu'il en soit, les jeunes soutiennent sentir que « quelque chose » dans leur corps ou dans leur état mental a été défavorisé par leur consommation. La majorité faisant alors référence à leur consommation de stimulants, quoique certains jeunes aient mentionné leur consommation de cannabis et d'héroïne.

JAI0: Ben moi je me dis je veux arrêter tout le chimique pis juste fumer du pot un peu. À cause que je me dis que le chimique, ça détruit pas mal. Ça c'est sûr.

Malgré tout, des conséquences plus spécifiques des drogues sur la santé ont aussi été nommées. Les jeunes qui consommaient des stimulants ont souvent souligné la perte d'appétit et la conséquente perte de poids, cet effet indésirable à leurs yeux étant en retour associé à leur motivation à changer.

JA4 : Parce que c'est ça, oublie ça, je maigrissais tout le temps. Ça fait maigrir du speed. Pis... c'est pas bon, j'ai arrêté ça pis j'ai continué la mari pis l'alcool. C'est ça.

Le cannabis quant à lui a été associé à la perte de la capacité cardio-respiratoire, surtout lorsque pairé avec le tabac.

JC5 : Bof, j'voulais déjà commencer à arrêter (le cannabis) aussi. J'ai arrêté de fumer aussi... parce que là j'fume la cigarette... j'veux arrêter ça aussi, juste pour avoir un meilleur cardio pis tout là.

Malgré leur jeune âge, on remarque que la consommation abusive et régulière des SPA peut laisser des marques importantes sur la santé des participants. C'est le cas de JB4, qui, à 16 ans, affirme avoir développé une cirrhose hépatique causée par l'alcool consommée depuis l'enfance. Cette condition clinique est d'ailleurs la principale responsable du changement de sa consommation d'alcool.

JB4 : Là, ça fait une couple de mois, ben ça fait 2 ans à peu près que je suis capable de gérer ça comme il faut que si je me défonce la gueule pendant une semaine, ben après ça, c'est fini, j'y touche pu pendant une couple de temps. Mon foie me le permet pu non plus aller au même rythme qu'avant.

Concernant les effets nuisibles sur la santé mentale, les jeunes ont mentionné la difficulté de se concentrer, l'agressivité en lien avec l'usage de stimulants et la paranoïa associée à la consommation de crack.

JG1 : Le crack, j'fais pu ça là. J'aime pas ça. J'aime ça, mais ça me pète trop la tête. J'suis pu capable de faire mes affaires avec ça. T'sais, si on puff... on avait volé un char, un moment donné. Fait que là, on était allé chercher d'la roche. On avait puffé. On était sûr que les polices nous courraient après, mais intense là.

Dans un autre ordre d'idées, JD1 perçoit le cannabis comme étant plus efficace que la médication psychotrope prescrite par les médecins pour agir sur son problème de santé mentale. Pour son trouble du déficit d'attention et hyperactivité diagnostiqué, ce jeune

affirme que le cannabis aurait sur lui les mêmes effets psychotropes que le Ritalin, mais sans les effets collatéraux associés à ce médicament prescrit.

M : Pis, d'après toi, est-ce que tu as un problème de consommation?

JD1 : Non pas vraiment parce que je trouve que le pot c'est comme du Ritalin. Il me recommande de prendre du Ritalin, alors il pourrait me recommander de prendre du pot. J'me calme avec du Ritalin, j'me calme avec du pot. Pis, le second effet du Ritalin c'est que ça te coupe l'appétit et avec le pot, ça te donne de l'appétit. Moi, j'suis déjà maigre là. J'ai pas besoin que ça me coupe l'appétit là. Fai'que, moi, j'trouve que l'pot est mieux.

4.2.1.4 Le fonctionnement quotidien

Parmi les raisons associées à leur motivation à changer, 11 jeunes ont mentionné les effets nuisibles de la consommation sur leur fonctionnalité quotidienne (dans les situations ordinaires de la vie courante) et sur des activités dans lesquelles il espérait une certaine performance (à l'école, au travail, leur criminalité). Ne pas comprendre ce qu'il se passe autour d'eux et ne pas être capables de performer sont des effets qui auraient un impact sur la confiance des jeunes dans leurs habiletés, talents et compétences. Ce sentiment d'incapacité n'a guère été apprécié et a donc influencé positivement leur motivation à changer. Bien qu'un jeune dans cette situation ait fait référence à sa consommation de cannabis, la majorité a cité l'alcool, les amphétamines et la cocaïne comme des substances nuisant à leur fonctionnalité.

JB5 : J'étais tanné là. Quand j'allais à l'école, j'étais gelé pis je m'endormais sur mon bureau. J'apprenais rien. Pis plein d'affaires comme ça là.

À l'inverse, quatre jeunes affirment que leur consommation n'a aucune conséquence négative sur les tâches pratiques qu'ils doivent accomplir quotidiennement. Ceux-ci faisaient par contre tous référence à leur consommation de cannabis. Il semble donc que l'usage de cette substance soit tout à fait intégré dans leur quotidien, y compris leurs activités professionnelles.

JB4 : C'est une habitude de vie à cette heure. Y'en a qui le prennent pour se cacher d'affaires, mais dans la construction, c'est comme ça. On est comme ça pis j'ai travaillé souvent dans la construction. Fai'que on est habitué nous autres à fumer des joints comme si c'était des cigarettes. Pis moi, dans ma tête, ça toujours été comme ça. Je fume des joints comme si c'est une cigarette.

4.2.1.5 L'implication dans la criminalité

Le tiers des jeunes ont affirmé que leur consommation était associée à certaines activités délinquantes et que, tout en souhaitant s'éloigner de la criminalité, ils étaient aussi motivés à changer leur consommation. Il est intéressant de noter que seuls trois jeunes contrevenants font partis de ce groupe. Autrement dit, la majorité des jeunes qui ont mentionné que leur implication dans des activités criminelles était une source de motivation au changement de leur consommation, avaient été placés en fonction de la LPJ (c.-à-d. n'était pas encore, aux yeux de la loi, considérés comme des contrevenants).

Les propos de JE2 illustrent la complexité des relations entre la consommation et la criminalité. Dans son cas, les deux activités étaient intimement liées. Au début, les délits lui procuraient l'argent nécessaire pour subvenir à sa consommation. Avec le temps, JE2 s'est impliqué dans des activités criminelles telles que le trafic de drogues, ce qui a favorisé davantage sa consommation en plus de l'amener à prendre de plus en plus de risque.

JE2 : J'ai tout l'temps évolué là-d'dans parce que plus que tu consommes, plus que les effets font plus rien. Fai'que, plus que t'en as besoin de plus. (...) Pis là, c'était rendu que fallait que j'fasse des délits pour avoir d'l'argent. (...) Ça peut devenir un problème, surtout quand tu vends pis tu consommes. Un moment donné, tu peux t'habituer à tout l'temps consommer.

4.2.1.6 Les contraintes liées à l'argent

Deux jeunes ont mentionné le prix de certaines drogues parmi les raisons qui les motivent à changer leur consommation. Ils affirmaient vouloir utiliser autrement leur argent (obtenu à travers les revenus licites ou non) plutôt que de s'acheter des drogues.

JC1 : Ça coute cher. Tout mon argent a passé là-dedans. Tu comprends? Tout. Tandis que là, j'veis m'acheter du linge. J'veis aller bouffer. T'sais, j'm'en vais au dep... ça d'air stupide là, mais quand ma mère s'en va pis que y'a pas de lait... je m'en vais au dep aller acheter du lait. J'aurais jamais fait ça avant. Tandis que là, mon argent me sert à autre chose que ça.

4.2.1.7 Les contraintes légales

Le quart des jeunes ont mentionné les contraintes légales, extérieures au CJ, comme une importante source de motivation à changer leur consommation et ce, même pour deux jeunes sous la LPJ (JC6 et JB3). À ce titre, JC6 mentionnait que malgré le fait qu'il soit actuellement en protection, son dossier criminel commence à être étoffé et que son usage de drogues est lié à ses nombreuses arrestations passées. Le jeune manifeste une certaine crainte de se retrouver dans les unités fermées, ayant peur de devoir se représenter devant la Cour s'il ne reprend pas sa consommation en main. La motivation à changer de JB3 est similaire à celle de certains jeunes contrevenants puisque le juge a exigé qu'un traitement pour la toxicomanie soit suivi ainsi qu'il y ait une gestion du problème de consommation. Dans son cas, cette condition s'impose afin d'accéder à une plus grande autonomie et à davantage de liberté via un placement dans un appartement supervisé.

M : Pourquoi tu as décidé d'aller en traitement ?

JB3 : Pour arrêter de consommer pis parce que le juge l'a demandé aussi.

M : Ah bon? Comment ça que le juge a demandé? Pourquoi?

JB3 : Parce que si je veux aller en appartement, faut que je fasse ça. Facile.

En fait, pour les jeunes contrevenants, la crainte d'être à nouveau placés dans un centre de réadaptation, ou dans un cas plus drastique (JF3), d'être envoyés en prison s'ils doivent repasser en Cour pour leur criminalité, peut être une source de motivation à changer la consommation. Dans ces cas, les jeunes ont déjà dû respecter certaines

conditions posées par un juge telles : suivre un traitement pour la toxicomanie, fréquenter l'école régulièrement, trouver et conserver un emploi, ou simplement ne pas consommer. D'après les jeunes, leur non-conformité à ces conditions peut, très souvent, amener les juges à leur imposer des mesures restrictives de leur liberté.

M : Pourquoi tu as décidé d'arrêter la marijuana?

JE1 : Ah, pour des problèmes, comme, avec la famille, quand j'avais des blondes pis aussi à ma probation. Quand j'allais à l'école, on me pognait gelé avec les yeux fucking rouges, pis là ils disaient : « Ah, t'as consommé. Bris de probation. Fallait pas que tu consommes ». Ça me tente pas de passer en cour, avoir le stress de : « Est-ce que j'vais rentrer en dedans? » Des affaires de même.

Un jeune a mentionné une contrainte externe très différente. Dans son cas, le changement de sa consommation constitue une condition importante pour convaincre les instances légales (travailleur social, délégué de la jeunesse et juge) qu'il est en mesure d'avoir la garde de son enfant.

JF4 : ...là, j'ai un bébé. T'sais, j'ai pas l'choix d'faire une thérapie pour pouvoir prendre la charge. Les juges, les TS, faut que j'montre que j'suis capable de m'occuper du bébé pis c'est pas en consommant que j'vais y arriver.

4.2.1.8 Le placement comme contrainte

Plus de la moitié des jeunes (14) ont cité l'encadrement du CJ comme un des facteurs responsables pour le changement de leur consommation. À première vue, il semble évident que l'environnement relativement contrôlé et contraignant des unités de vie d'un centre de réadaptation puisse avoir un important impact sur la diminution de la fréquence de l'usage de SPA. En fait, dans un tel contexte, les jeunes sont généralement exposés à une supervision beaucoup plus serrée que celle à laquelle ils étaient habitués à l'extérieur. Cela a été vrai autant pour les jeunes en protection de la jeunesse, placés dans les unités ouvertes ou de dynamique élevée, que pour les jeunes contrevenants dans les unités fermées. Toutefois, les entrevues nous ont permis de comprendre que la perception des jeunes de cet encadrement peut apporter des nuances intéressantes.

Plusieurs jeunes affirment que le placement en centre d'accueil permet de s'éloigner des SPA et des contextes de consommation tellement fréquents à l'extérieur. Le fait d'avoir la possibilité de participer à diverses activités structurées est aussi valorisé.

JB6 : Un peu parce que t'es moins laissé à toi-même. Pis, quand t'es laissé à toi-même, quand t'es un consommateur pis toute, la première chose que tu penses c'est comme : « Ah, m'a allé fumer un joint ». Des affaires de même. Comme la preuve quand que... comme... moi, je consomme pas ici (...) parce que j'ai moins l'opportunité de consommer. Quand que j'consomme, c'est quand j'suis en sortie parce que y'a moins d'autorité pis tout.

L'éloignement des contextes de consommation, ainsi que l'impossibilité d'avoir facilement accès à certaines substances, semblent être perçus comme favorables au changement. Certains croient même que la diminution de la consommation due à éloignement des SPA favorisé par cette « retraite » en CJ se maintiendra probablement de façon naturelle une fois à l'extérieur.

JF3: Ben moi, j'suis ici longtemps. Alors, comme ça, j'bois pas quand j'suis ici, j'fais juste fumer là. Alors, met que j'sorte, j'en n'aurai pas vraiment d'besoin... parce que moi, j'sors dans 15 mois. Ça va faire deux ans que j'suis ici, alors j'en aurai pas vraiment besoin... ça fait deux ans que j'ai pas bu. J'ai pas besoin de commencer là, aujourd'hui. Pis là, le pot, j'vais en avoir fumé moins pendant deux ans, alors je n'ai pas besoin de fumer toute, toute, toute la journée.

Les jeunes ont été nombreux à affirmer que l'existence de règles explicites dans le CJ et surtout, les conséquences liées au non respect de ces règles, ont été des facteurs qui ont favorisé le changement de leur consommation. Certains jeunes affirmaient avoir déjà expérimenté des sanctions imposées par les éducateurs en raison de leur consommation, tandis que d'autres faisaient plutôt référence à des conséquences possibles dont l'application a été observée chez quelques jeunes.

JAI0 : Ben, ça aide à changer aussi. Vu que tu peux pas consommer genre devant les éduc. Si tu consommes, tu peux te ramasser au Goéland.

La privation de la liberté consécutive à l'environnement contrôlé du CJ a été identifiée par trois jeunes contrevenants comme ayant eu un rôle important dans leur changement. Pour eux, tout ce qui importe est d'éliminer, ou au moins réduire, toutes les actions et les circonstances qui pourraient potentiellement conduire à un nouveau placement. Comme leur consommation de SPA et leur délinquance étaient intimement liées, le changement de leur consommation signifiait, à leur avis, une réduction importante des possibilités de placement. Alors, en répondant à la question « Pourquoi veux-tu changer ta consommation de (la substance utilisée par le jeune)? » ils ont répondu de façon similaire à JE2 :

JE2 : Parce que j'ai vu c'était quoi. Après ça, voir tout ça... de passer de tout ça, à rien, de rentrer ici quand tu peux pas sortir et t'es enfermé dans des clôtures et tu peux pas sortir. Tu peux rien faire. Tu restes en-d'dans, tout l'temps, tout l'temps. Fait que, j'ai vu c'était quoi et j'tiens à ma liberté pis que faut que j'me reprenne en main.

Bien au contraire, le quart des jeunes (dont quatre placés dans les unités ouvertes et trois dans les unités fermées) ont déclaré que les changements apportés à leur consommation n'avaient aucune relation avec l'encadrement du CJ. Bien qu'ils reconnaissent que l'éloignement des circonstances de consommation a pu favoriser un peu la modification des habitudes de consommation, ceci est vu comme ayant une importance moindre dans leur processus de changement. Ces jeunes mettent la lumière sur l'importance de la décision personnelle quand il est question de modifier un comportement ou une habitude dans le quotidien. Ils affirment avoir personnellement décidé ces changements et que, sans une telle décision, l'encadrement du CJ n'aurait nullement facilité leur changement.

JB1 : Moi c'était le bad trip total là d'être enfermé là. Mais (mon changement) c'était pour ma vie en tant que telle là. C'était pas à cause du centre là. (...) c'était par choix personnel, ça me tentais d'être plus vivant là t'sais.

4.2.1.9 Le placement comme moment de réflexion

Deux jeunes ont affirmé que le contexte d'autorité du CJ leur avait permis de devenir plus matures, et ainsi être en mesure d'évaluer le rôle des drogues dans leur vie d'une façon plus objective. En réfléchissant sur les pertes occasionnées par la consommation, ils ont été capables d'apporter les changements considérés nécessaires et appropriés.

JA2: Au début, je voyais, t'sais, ma vie d'une autre manière, comme avoir du fun, m'amuser pis toute. Mais là, après ça, j'ai vu que j'avais d'autres priorités. Je me suis dit : Ah, va falloir que je travaille, ah va falloir que je fasse ci, ah va falloir que je fasse ça. Pis là, c'est là que j'ai réalisé pis quand que tu penses à tout ça, tu n'as pas le temps la fin de semaine admettons là, d'aller consommer de rentrer pis de perdre 2 jours de travail parce que tu as fait des niaiseries pis que tu es au Goéland mettons là, t'sais. Faut que tu vois la priorité dans tes affaires Fait que... ça te sert à rien là.

Dans cette section, nous avons exposé les catégories thématiques qui ont émergé de l'analyse du récit des jeunes quant aux facteurs qui jouent sur leur motivation (ou manque de motivation) à changer leur usage de SPA. Tout comme pour la motivation à consommer, ces catégories thématiques témoignent de la grande complexité des processus motivationnels chez les jeunes. En général, ils n'ont pas cité une unique source de motivation et il a été difficile de les hiérarchiser selon leur importance aux yeux de chaque jeune. La majorité des catégories font référence à des problèmes vécus avec les SPA, toutefois les trois dernières (les contraintes légales, le placement comme contrainte et le placement comme moment de réflexion) semblent être d'une nature distincte. Dans ces cas, c'est moins la perception des conséquences directes (réelles ou potentielles) de la consommation sur la vie et l'entourage du jeune, que l'action perçue de facteurs externes sur leur consommation qui semble responsable du changement (de plus ou moins long terme). Il a aussi été remarqué que certains événements, contextes, situations peuvent agir comme sources motivationnelles pour un jeune et ne pas avoir aucun impact sur la consommation d'un autre.

À l'instar d'autres auteurs (Austin, Hospital, Wagner, & Morris, 2010; Battjes et al., 2003), nous avons constaté que les études portant sur les facteurs qui motivent les adolescents à réaliser des changements dans leur consommation de SPA ne sont pas

nombreuses. Cela est spécialement vrai si on considère les processus motivationnels « spontanés » (ceux qui n'impliquent pas d'aide professionnel) puisqu'un nombre significatif de recherches ciblant la motivation au changement des jeunes ont été menées auprès de populations cliniques et avaient pour but de mieux comprendre les variables associées à un meilleur pronostique chez des individus en traitement (Battjes et al., 2003). Ces soulèvent la motivation au changement comme étant une variable associée à l'engagement (Broome, Joe & Simpson, 2001; DiClemente et al., 2008), à la rétention (DiClemente et al., 2008; Fickenscher, Novins & Beals, 2006; Melnick et al., 1997) et à l'efficacité du traitement (Breda & Heflinger, 2007; Cady, Winters, Jordan, Solberg, & Stinchfield, 1996). Néanmoins, les facteurs associés à cette motivation reçoivent considérablement moins d'attention.

Toutefois, un des facteurs qui favoriserait la motivation à changer chez des usagers de SPA est la perception des problèmes associés à la consommation. L'étude de Battjes et al. (2003) menée auprès de 196 adolescents qui entamaient un traitement pour leur toxicomanie conclut que les conséquences négatives de la consommation prédisent la motivation²⁷. Plus spécifiquement, avoir des problèmes avec les SPA en général, avoir des problèmes émotionnels et avoir réduit ses activités en conséquence à la consommation de SPA, avoir été placé dans une centre de réadaptation ou incarcéré, ont été des facteurs positivement associés à la motivation.

Dans une large étude portant sur les impacts des traitements en toxicomanie (*Drug abuse treatment outcome studies*), les problèmes associés à la consommation de SPA ont été les principales variables prédictives de la motivation, autant pour les adultes que pour les adolescents participants. Particulièrement, la perception d'avoir une mauvaise santé à cause de l'usage de SPA a été directement associée à la disposition au changement, peu importe l'âge des répondants (Handelsman, Stein, & Grella, 2005). Dans le même sens, des symptômes physiques négatifs tels que perte de poids, perte d'énergie, maux de tête

²⁷ Ces auteurs évaluent la « motivation » à l'aide d'une variable qui tient compte à la fois de la motivation au traitement et de la motivation au changement. Cette variable a été créée à travers la combinaison de deux échelles du questionnaire *Circumstances, motivation and readiness scales* (CMR; Melnick, 1999; De Leon et al., 2000).

et douleurs musculaires ont été nommés par les jeunes adultes consommateurs de « *club drugs* » comme des facteurs qui les motiveraient à changer leur consommation (Parks & Kennedy, 2004).

L'étude qualitative menée par Levy, O'Grady, Wish et Arria (2005) indique que non seulement les problèmes ou conséquences vécus par le jeune, mais aussi ceux auxquels il s'attend en consommant une drogue peuvent agir sur sa motivation à changer. Les jeunes utilisateurs d'ecstasy interviewés dans leur étude citent comme raisons d'arrêter leur consommation (basées sur leur expérience personnelle ou sur celle de leurs amis): des expériences négatives liées à l'usage de cette drogue (ex. : perte de poids ou instabilité émotionnelle); des préoccupations par rapport à la santé ou les propriétés dépendogènes de la drogue (ex. : la dépendance psychologique); des contraintes liées à l'argent (ex. : ne pas avoir assez d'argent pour continuer d'acheter de l'ecstasy, ou croire que d'autres drogues auraient une relation coût-bénéfice plus avantageuse); une perte d'intérêt (ex. : préférer d'autres drogues à l'ecstasy, affirmer avoir pris de la maturité et avoir ainsi perdu l'intérêt à en consommer ou affirmer que les effets initiaux, la « magie », se seraient dissipés étant donné une trop grande consommation d'ecstasy); l'observation de l'effet de l'ecstasy sur le comportement des autres personnes pendant qu'ils étaient sobres (p. ex. des changements de personnalité qualifiés d'épouvant chez leurs amis) et finalement, la crainte de conséquences légales. Par ailleurs, les participants ont été unanimes à reconnaître que l'ecstasy est nuisible pour la santé, mais la plupart n'ont pas su nommer les types de problèmes causés par cette drogue.

En fait, les attentes de l'individu concernant l'utilisation d'une substance semblent avoir aussi un impact sur la motivation au changement. Ce thème occupe depuis longtemps les chercheurs intéressés à l'étiologie et au changement du comportement d'usage de l'alcool (McNally & Palfai, 2001). McMahnnon et Jones (1993) ont analysé le rôle des attentes envers l'alcool sur la disposition au changement auprès d'individus en traitement pour leur alcoolisme. Ils concluent que les attentes positives seraient associées à la motivation à boire, tandis que les attentes négatives seraient plutôt associées à la motivation à réduire la consommation. Dans le même ordre d'idées, dans

une étude menée auprès de jeunes collégiens, McNally et Palfai (2001) concluent qu'indépendamment de la quantité/fréquence de la consommation et du nombre de problèmes vécus, les attentes négatives envers l'alcool ont été associées à la motivation à changer la consommation de cette substance. Cependant, les chercheurs constatent également que les différents sous-types d'attentes négatives prédisent de façon différente la motivation au changement. En fait, ce sont les attentes négatives « émotionnelles » (se sentir coupable, déprimé ou avoir honte) qui prédisent significativement la motivation au changement chez la population ciblée.

Certaines études se sont concentrées sur une catégorie spécifique d'attentes négatives associées à l'usage de substances : la perception des risques (physiques, académiques, sociaux, etc.). Weinstein (1993) suggère que la motivation au changement est le résultat d'une perception de vulnérabilité chez un individu face à une conséquence aversive qui résulte de l'usage d'une substance. Cependant, les résultats des études s'intéressant à la relation entre perception des risques/conséquences de la prise de drogues et leur consommation semblent mitigés (Wild, Hinson, Cunningham, & Bacchiocchi, 2001). Tandis que certains auteurs démontrent une relation positive entre ces variables - la perception du risque augmenterait parallèlement à la consommation (Gerrard, Gibbons, Benthin, & Hessling., 1996); d'autres soulèvent une relation négative – la perception du risque de consommer une substance serait associée à une diminution de son usage et de son abus (Bachman, Johnston, & O'Malley, 1990).

Out comme les recherches citées ci-haut, les résultats de notre étude confirment qu'autant la perception des problèmes vécus en fonction de la consommation, que l'observation des conséquences de la consommation chez les autres personnes et les attentes négatives envers l'usage d'une substance, peuvent agir sur la motivation du jeune à changer sa consommation. Il importe de noter que toutes ces « raisons » pour changer ont été perçues et mentionnées par le jeune lui-même. Conformément à ce qui a été soulevé par d'autres auteurs (Prochaska, 1994; Miller & Rollnick, 1991), il semble que c'est bien la « perception subjective » des problèmes vécus ou potentiels et non les « problèmes objectivement observés » qui agit sur la motivation à changer.

Le rôle des relations familiales dans la motivation au changement est parmi les plus étudiés quand il est question de mieux comprendre la consommation de SPA chez les adolescents. Malgré le fait, maintes fois constaté dans la littérature, que les parents auraient un rôle important à jouer sur le comportement de consommation des jeunes, la nature de cette relation n'est pas encore clairement déterminée, surtout quand il est question de parents qui adoptent des comportements déviant ou délinquants. Par exemple, Austin et al. (2010) remarquent que les adolescents qui percevaient que leurs parents étaient grandement impliqués dans la consommation de SPA les sentaient également moins supportants et cela a été associé à une plus faible motivation du jeune à réduire sa consommation. Néanmoins, Broome et al. (2001) n'ont pas trouvé de relation entre la consommation de SPA par les membres de la famille et la motivation au changement du jeune, tandis que des niveaux supérieurs de soutien de la part de la famille et des amis ont été associés à une plus grande motivation envers le traitement pour la toxicomanie.

Pour notre échantillon d'adolescents, les parents semblent avoir joué un rôle plutôt motivateur. Qu'ils soient ou non consommateurs de SPA eux-mêmes, les parents semblent motiver nos jeunes à changer, soit en suscitant de la culpabilité, soit en menaçant le jeune de punitions, soit en devenant un exemple en réduisant leur propre consommation, soit en présentant un modèle à ne pas suivre. Il est vrai que certains jeunes n'ont fait référence à aucune relation familiale influençant leur motivation à changer. Étant donné que plusieurs des jeunes participants de notre étude avaient un historique de nombreux placements en centre d'accueil, on peut penser que pour certains d'entre eux, le manque de liens étroits ou des liens familiaux dégradés expliquent que la famille n'ait pas de rôle quelconque à jouer dans leur consommation.

Certaines études vont dans le même sens que nos analyses. Barnett et al. (2002) ont remarqué que les adolescents qui percevaient que leurs parents pourraient imposer des sanctions en conséquence à leur consommation d'alcool avaient une plus grande motivation à changer ce comportement. Par ailleurs, Allen (2003) note que l'abus de SPA par les membres de la famille peut parfois empêcher le jeune de s'impliquer dans la

consommation de drogues illicites, bien que cette relation puisse changer plus tard dans la vie. Chassin et Barrera (1993) démontrent que les participants avec un historique de problèmes d'alcool dans la famille avaient plus tendance à endosser certains items du questionnaire RALD (*Reasons for abstaining or limiting drinking*) tels que « je ne veux pas perdre le contrôle » et « je crains que je puisse développer un problème d'alcool si je bois » que ceux sans histoire de consommation familiale. Handelsman et al. (2005) notent que la perception d'une déviance dans la famille peut être un important stimulus pour commencer un traitement de la toxicomanie et Slesnick et al. (2009) concluent que la perception d'un environnement familial négatif était liée à une augmentation des symptômes de dépression, tant chez les parents que chez les adolescents fugueurs de l'échantillon à l'étude, ce qui en retour favorisait à la hausse la motivation de ces jeunes à changer leur consommation de SPA.

En outre, l'association entre la consommation de SPA et la criminalité des adolescents est fréquemment démontrée dans la littérature (Grann & Fazel, 2004; Richardson & Budd, 2003; Eklund & Klinteberg, 2009; Krebs & Steffey, 2005). L'étude de Brunelle, Brochu et Cousineau (2003) fait ressortir la diversité des relations drogue-crime à l'adolescence. Les auteurs croient que la drogue et la délinquance sont des composantes d'un style de vie plus largement qualifié de déviant. Ainsi, la délinquance initiale entraînerait une consommation occasionnelle. Plus les jeunes abuseraient de la drogue, plus leur vie s'organiserait et se structurerait autour de l'obtention et de l'usage de ses substances. De plus, pour les adolescents, la criminalité lucrative serait souvent une activité nécessaire pour se procurer des drogues, puisqu'ils ne disposeraient que de moyens légaux alternatifs très limités. En conséquence, le style de vie déviant se développerait graduellement. Dans un autre ordre d'idées, certaines études démontrent que le comportement délinquant ne semble pas agir sur la motivation à changer la consommation (Batjes et al., 2003; Handelsman et al., 2005) ou encore qu'il peut diminuer la disposition au changement (Broome et al., 2001). Cependant, chez notre échantillon de jeunes pris en charge, la criminalité apparaît plutôt comme un facteur motivationnel qui les pousse à changer leur consommation. Pour nos jeunes, la consommation et la criminalité sont deux comportements concomitants et font partie

d'un style de vie développé au fil du temps. Ils voient leur consommation et leur criminalité comme étant interdépendants ou au moins, intimement reliées. Parfois en voulant s'éloigner de la criminalité, les jeunes se rendent compte du besoin qu'ils ont d'effectuer à la fois des changements dans leur consommation. Autrement dit, la motivation à changer la consommation serait médiée par la motivation à changer la criminalité.

D'autres facteurs associés à la motivation au changement des jeunes consommateurs de SPA qui sont également présents dans la littérature sont le désir de maintenir un contrôle personnel (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000) et des aspirations telles que changer de style de vie, se trouver un emploi, étudier ou avoir des enfants (Perri, Jupp, Perry, & Lasky, 1997).

En dépit du fait que la plupart des facteurs en lien avec la motivation au changement mentionnés par nos jeunes fassent référence aux problèmes associés à la consommation, le placement et les contraintes légales ont aussi été mentionnés. Ces dernières raisons, bien qu'elles impliquent un processus de changement qui résulte d'une prise de décision personnelle de la part du jeune, semblent moins « volontaires » et plutôt « bousculées ». Le rôle des contraintes sur la motivation au changement a commencé à faire l'objet de plus de recherches étant donné une augmentation substantielle d'individus judiciairisés référés à un traitement de la toxicomanie par les tribunaux. À présent, la plupart des recherches se concentrent sur les populations adultes en traitement et les résultats des interventions sous contrainte semblent encore mitigés. La recension des écrits réalisée par Orsi et Brochu (2010) démontre que la coercition imposée par un ordre judiciaire peut fonctionner comme une source de motivation externe afin d'amener et de retenir les individus en traitement. Cependant, l'engagement et le changement de comportement seraient plutôt reliés au développement de la motivation interne. Les auteurs discutent « la théorie du bas fond » selon laquelle la motivation au changement d'un toxicomane serait associée à l'accumulation de conséquences négatives reliées à sa consommation de psychotropes. Ainsi, les individus ayant vécu le plus de problèmes seraient davantage prêts au changement et de ce fait, seraient plus susceptibles d'arriver à des résultats

positifs suite au traitement. Cette « théorie » n'est toutefois que partiellement supportée par les études scientifiques recensées, car si la gravité des problèmes semble reliée à la motivation au changement en début de traitement, celle-ci n'est pas toujours associée à un impact positif du traitement. En fait, les dimensions « externe » et « interne » de la motivation entreraient en intime relation dans le contexte des traitements de la toxicomanie, mais le processus de développement de la motivation interne n'est pas encore identifié dans les études. Parmi les études conduites auprès des jeunes, il semble que les pressions légales agissent en augmentant la motivation pour le traitement de la toxicomanie (Broome et al., 2001; Handelsman et al., 2005, Knight, Hiller, Broome, & Simpson, 2000), mais les chercheurs soulèvent le besoin de plus de recherches sur le processus de changement de comportement dans les contextes d'autorité (Orsi & Brochu, 2010).

4.2.2 Analyses inspirées par le cadre théorique

Les facteurs que les jeunes associent à leur motivation à changer mentionnés plus haut influent de façon très distincte sur leur disponibilité au changement. Alors, afin de mieux comprendre le poids que ces différentes sources de motivation auraient sur la décision (ou l'indécision) des jeunes de changer leur consommation, nous avons analysé leurs récits à la lumière du modèle proposé précédemment dans le chapitre un, qui propose une association des stades du changement (MTC) avec les niveaux d'intégration de la motivation (TAD).

Les propos des jeunes ont ainsi été initialement classés en quatre groupes selon leur attitude face au changement de leur consommation : 1) la résistance au changement, 2) l'ambivalence face au changement et 3) le changement actif et 4) la consolidation du changement. Ces groupes reflètent, dans une certaine mesure, les caractéristiques des stades motivationnels préconisés par le MTC (DiClemente, 2003). Cependant, des analyses inspirées de la TAD ont été réalisées pour chaque groupe, afin de discuter de l'aspect plutôt « qualitatif » de la motivation.

Il importe de noter que ces catégories d'analyse ne sont pas exclusives, étant donné qu'un jeune peut se retrouver dans diverses catégories dépendant du type de motivation au changement qu'il manifeste pour chaque substance utilisée.

Cette section présente aussi un sous-thème qui a émergé des analyses portant sur la motivation à changer des jeunes qui sont actuellement en processus de changement ou qui avaient déjà réalisé des changements dans leur consommation; il s'agit des stratégies de changement utilisées.

4.2.2.1 La résistance au changement

Conformément à ce qui a été mentionné au début de ce chapitre, tous les jeunes ont affirmé avoir réalisé des changements dans leurs habitudes de consommation après leur placement en CJ. Tous les jeunes ont également identifié au moins un des facteurs cités dans la section précédente comme une source de motivation pour avoir réalisé ce changement. Toutefois, sous la loupe du MTC, on remarque qu'en dépit des changements réalisés, presque le tiers des jeunes (7, dont 2 feux jaune dans la DEP-ADO et 5 feux rouge) peuvent être situés dans le stade de la précontemplation (c.-à-d. qu'ils ne reconnaissent pas avoir un problème de consommation et ne songent pas à la possibilité de changement) pour au moins une substance consommée (pour la majorité, il s'agissait du cannabis; pour un jeune, il s'agissait de l'alcool). Ils ne considéraient pas non plus que cette substance puisse avoir des conséquences nuisibles sur leur corps ou sur leur vie. Par contre, il faut noter que la plupart des jeunes de cette catégorie reconnaissaient avoir des problèmes de consommation avec d'autres SPA. Alors, à leurs yeux, le cannabis (ou l'alcool) est considéré une substance « bénigne », voir « inoffensive », en comparaison aux autres drogues dont ils font usage.

Les jeunes résistants au changement identifiaient les contraintes liées à l'encadrement du CJ comme leur seule source de motivation à changer. Ils affirmaient avoir changé leur consommation suite à leur placement en centre de réadaptation, en dépit du fait de ne pas identifier de problème découlant leur usage de drogues. Ils se sont vus contraints de

changer leur consommation à cause de l'environnement contrôlé du CJ. Dans ce contexte où la consommation est sanctionnée, l'accès à certaines substances convoitées est difficile et il y a des risques de subir des conséquences négatives si les éducateurs surprennent un jeune à consommer. Ainsi, la majorité des jeunes résistants au changement avaient simplement décidé d'éviter les problèmes potentiels associés à la consommation en centre jeunesse en se conformant aux règlements.

JAZ : Ben si je serais pas placé ici, je n'aurais pas arrêté, mais le fait que je suis placé ici, c'est comme si je suis obligé d'arrêter un peu... un peu diminuer. C'est ça.

Ces résultats vont dans le même sens des conclusions obtenues dans d'autres études, qui ont remarqué que les adolescents ont tendance à rapporter moins de conséquences et des conséquences moins graves de leur consommation de SPA, et que la majorité des jeunes qui suivent un traitement pour leur toxicomanie le font en fonction des pressions subies de la part des parents ou du système de justice (Battjes et al., 2003; Brown, D'Amico, McCarthy & Tapert, 2001). Dans le même sens, les jeunes en probation participants à l'étude de Sinha, Easton et Kemp (2003) ont obtenu des scores plus élevés au stade de précontemplation et des scores moins élevés pour tous les autres stades de changement, en comparaison aux adultes interviewés. Les auteurs concluent donc que les jeunes ne percevaient pas leur consommation comme étant problématique et n'avaient pas tendance à chercher de l'aide par eux-mêmes.

Du point de vue de la TAD, on remarque que pour la plupart des jeunes en précontemplation, la motivation à consommer la substance en question était du type autonome (le plaisir lié à la consommation). Seulement deux garçons présentaient une motivation contrôlée (pour oublier les problèmes, pour mieux réfléchir et se concentrer). Alors, étant donné que la motivation autonome est associée à la persistance du comportement (Deci & Ryan, 2000), il est possible que le plaisir et les bénéfices obtenus à travers la consommation puissent rendre plus difficile la prise de conscience par le jeune des possibles risques et conséquences associés à son usage. En se référant au concept de balance décisionnelle proposé par le MTC (Prochaska et al., 1994) et inspiré

des études de Janis et Mann (1968, 1977), les avantages reliés à la consommation (surtout le plaisir) semblent avoir un poids plus important aux yeux du jeune que les désavantages, favorisant le maintien du statu quo (la consommation) et une résistance au changement. Les études qui ont mis de l'avant la balance décisionnelle ont remarqué que les individus en précontemplation auraient tendance à attribuer plus de poids aux avantages de la consommation qu'à ces désavantages (Prochaska et al., 1994). Notre étude fait aussi écho à Kilmer, Hunt, Lee, & Neighbors (2007) qui ont souligné que la majorité des usagers de cannabis ne voient pas leur consommation comme étant particulièrement problématique ou à risque de le devenir, indépendamment de la fréquence ou des problèmes vécus en lien avec la consommation de cette substance.

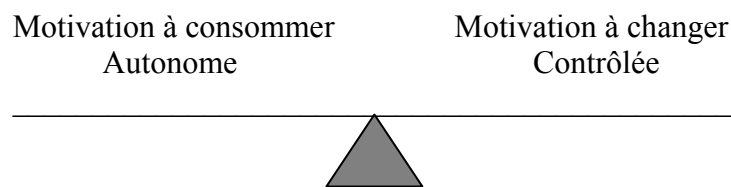
4.2.2.2 L'ambivalence face au changement

Selon le MTC, l'ambivalence face au changement constitue la caractéristique principale du stade de contemplation (DiClemente, 2003). Malgré le fait que les participants de cette étude affirment avoir déjà réalisé des changements dans leur consommation (ils ont diminué ou arrêté de consommer), les jeunes en contemplation ne sont pas sûrs de vouloir/pouvoir poursuivre ces changements au-delà de la période de placement. Au moment de l'entrevue, dix jeunes (deux feux jaune et huit feux rouge) envisageaient la possibilité de maintenir les changements réalisés dans la consommation lors de leur sortie du centre, sans être certains de ce qu'il adviendrait à ce moment-là.

Pour mieux comprendre le stade de la contemplation, il faut analyser la balance décisionnelle, qui, à cette étape, semble plutôt en équilibre, les avantages et les désavantages du changement ayant quasiment le même poids aux yeux de l'individu. En cherchant à saisir le sens de leur ambivalence et en étant cohérents avec un modèle qui préconise l'association des concepts du MTC avec ceux de la TAD, nous avons réalisé une analyse des niveaux d'intégration de leurs motivations. D'un côté de la balance, nous avons considéré le niveau d'intégration de la motivation à consommer la substance pour laquelle ils sont ambivalents, c'est-à-dire leurs raisons pour maintenir le statu quo. De l'autre côté de la balance, nous avons pris en compte le niveau d'intégration de leur

motivation au changement, ou autrement dit, les raisons qui les poussent à réfléchir à la possibilité de changement.

En analysant cas à cas, tous les verbatims dans lesquels les jeunes démontraient de l'ambivalence face au changement, nous sommes arrivés à quatre types de « balance motivationnelle » :

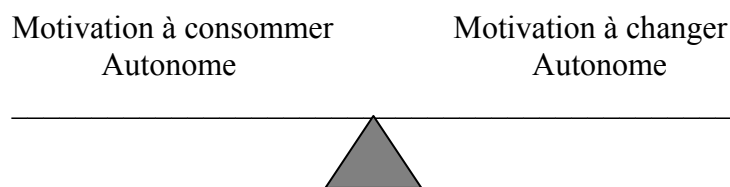


Le premier type de balance concerne les jeunes qui présentaient à la fois une motivation autonome à consommer et une motivation contrôlée à changer. La motivation à consommer est généralement associée au « plaisir de la consommation », tandis que la motivation à changer est associée aux « contraintes légales » imposées par un juge. On remarque que, pour que le jeune se situe à un stade d'ambivalence face au changement, malgré l'importante motivation à consommer, il a fallu que les agents coercitifs soient perçus comme très redoutables. En d'autres mots, les jeunes croyaient avoir beaucoup à perdre si un changement n'était pas entamé une fois qu'ils seraient sortis du CJ.

Citons comme exemple les cas de deux jeunes contrevenants : JF1 et JF2. Durant l'entrevue, les deux jeunes parlent à plusieurs reprises du plaisir obtenu à travers la consommation de drogues (la cocaïne pour JF1, et le cannabis pour JF2). Néanmoins, si du côté du statu quo la balance semble assez lourde, les deux perçoivent des pressions externes assez fortes vers le changement. Le juge a ordonné à JF1 de suivre un traitement pour sa consommation (donc de changer sa consommation) et à JF2 de se trouver un emploi (or, le jeune reconnaît qu'il ne peut pas se trouver un emploi, et encore moins le conserver, s'il continue à consommer comme il le faisait avant d'être placé en CJ).

Probablement en conséquence des contraintes légales (motivation contrôlée), même en démontrant une certaine ambivalence face à leur processus de changement, on pourrait dire que JF1 et JF2 entamaient un processus de « préparation » puisqu'ils envisageaient l'utilisation de certaines stratégies (voir la section 3 de ce chapitre) pour maintenir le changement une fois à l'extérieur du centre jeunesse. Dans ces cas, il est probable que les pressions externes poussent les jeunes en contemplation vers la préparation.

JF1 : Oui, j'ai arrêté de consommer... ben, la cocaïne là. Mais, dehors, je sais pas si ça va être la même affaire là. Ça va être une autre épreuve. (...) Faudrait que j'me trouve au moins du travail, comme faire quelque chose.



Dans un deuxième type de balance se retrouvent les jeunes qui, tout comme la catégorie précédente, démontrent de la motivation autonome à consommer (« le plaisir de la consommation ») et, en même temps, présentent des raisons assez autonomes (les préoccupations avec « la santé physique » et « les contraintes liées à l'argent ») qui justifient leur ambivalence face au changement. Deux jeunes illustrent cette catégorie, JA1 face à sa consommation d'ecstasy et JF3 face au cannabis.

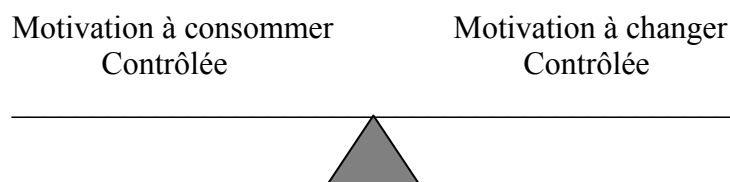
Pendant son entrevue, JA1 a mis l'accent sur les effets plaisants de l'ecstasy à plusieurs reprises. Malgré cela, il démontrait une certaine retenue quant à la consommation de cette substance, car il la croyait très nuisible pour son corps. Pour comprendre l'importance que la santé (et l'apparence) physique avait aux yeux de ce jeune, et pour être en mesure de constater qu'il s'agit bel et bien d'une motivation plutôt autonome au changement, il faut le connaître un peu plus. Notre journal de bord fait référence à des discussions informelles avec ce jeune qui font ressortir sa tendance à valoriser beaucoup son apparence et sa santé. Pendant son séjour en unité de dynamique élevée, il était

constamment à la recherche d'occasions pour s'entraîner dans la salle de musculation. Le fait d'être maigre semblait lui déplaire un peu et il essayait de développer ses muscles. Alors, il voyait la consommation d'ecstasy (qu'il associait à une perte accentuée de poids) comme entrant en conflit avec son objectif personnel de devenir plus costaud, d'où son intention de changer sa consommation de cette drogue. Toutefois, le plaisir que cette substance lui apporte n'a pas été oublié et il prévoit en faire usage encore.

JAI : Pis l'ecstasy ben, j'ai appris que c'était une des drogues qui fait le plus de mal à ton corps intérieurement. Fait que j'ai arrêté de prendre ça, mais j'me suis dit c'est sûr que c'est mauvais, mais j'me suis dit que j'ai bien aimé ça. Fait que c'est sûr que j'vais en reprendre un moment donné. (...) Pour l'ecstasy, j'ai arrêté d'en prendre parce que... (Pause 9 secondes)... dans l'fond, l'ecstasy j'me suis comme fait arrêté.

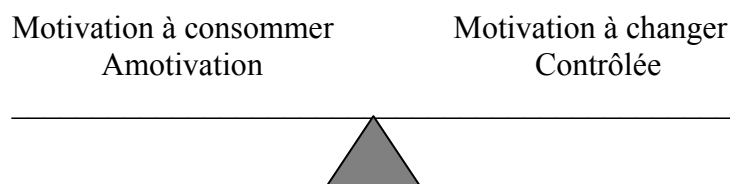
La situation de JF3 est semblable à celle de JA1. Il ne semble pas vraiment motivé à changer sa consommation de cannabis, étant donné qu'elle fait partie de sa vie et qu'elle lui apporte un « plaisir » de détente (motivation autonome). Par ailleurs, il ne perçoit aucun problème découlant de sa consommation de cannabis. Toutefois, ce jeune était habitué d'avoir beaucoup d'argent à travers la vente de drogues, mais il a décidé de s'éloigner du crime et se prépare à un changement radical de son style de vie lors de sa sortie. La décision de « changer de vie » a été prise suite à son dernier passage en cour, lorsqu'il a évité de justesse une peine de détention étant sur le point d'atteindre sa majorité (18 ans moins 15 jours). JF3 se considère chanceux d'être en CJ et redoute la possibilité d'une incarcération ultérieure. Ce qu'il appréhende le plus semble être la baisse de gain importante qu'entraînera son changement de mode de vie, passant d'un revenu criminel à un salaire licite beaucoup plus modeste gagné via un « job normal ». Ainsi, il pense à diminuer sa consommation de cannabis de façon à « pouvoir s'en payer » (« les contraintes liées à l'argent ») avec son seul revenu légal. Cet exemple illustre bien la subtilité des analyses concernant la régulation de la motivation au changement. Or, si JF3 semble avoir une motivation contrôlée pour changer ses comportements délinquants (éviter la prison), la motivation à changer la consommation semble plutôt de type autonome (arriver à un but considéré personnellement important, dans ce cas, s'éloigner des activités criminelles).

*M : D'après toi, est-ce que tu as un problème de consommation?
 JF3: Ouais, sûrement... avec l'alcool là. Souvent, avec le pot aussi parce que j'consomme beaucoup, mais pour moi, c'est pas un problème. J'aime ça. C'est correct pour moi. Ça me dérange pas, mais j'veais essayer de fumer moins. Comme ça, j'veais pouvoir payer...*



Dans cette catégorie, on retrouve les jeunes qui présentent des motivations contrôlées autant pour la consommation (p. ex. « le soulagement ») que pour le changement (p. ex. éviter que les problèmes associés à sa consommation n'affectent ses « relations interpersonnelles »). C'est le cas de JB3 qui affirme utiliser des SPA pour oublier ce qui ne va pas dans sa vie et qui est ambivalent face au changement. Malgré qu'il ne voit aucun problème dans sa consommation de cannabis, il affirme pouvoir changer afin d'éviter des problèmes avec son père.

JB3 : Ben oui je fais des changements parce que je suis en centre. Fait que je consomme moins, fait que oui là, je change ma consommation. (dehors) Je pense que ça va continuer comme ça...ben ça va dépendre. Si ça va comme ça va en ce moment avec mon père, oui ça va rester comme ça, mais si ça recontinue les chicanes pis mon père me fait chier pis mon père fait ci, fait ça, non. (...) Si mon père il continue à me faire de la frustration pis toute, va falloir que je fume parce que sinon, ça va devenir que je vais me frustrer, je vais me frustrer pis après, il va se chicaner avec moé pis après, il va sûrement essayer de me frapper. Fait que je vais me défendre pis je vais y en crisser une comme l'autre fois.



La motivation à consommer de JE6 est du type « amotivation », car il se considère « dépendant » et affirme ne pas savoir pourquoi il consomme. Cependant, dans son cas, on remarque que son ambivalence est liée à la possibilité que sa mère découvre sa consommation (« les relations interpersonnelles »). Ce jeune démontre une motivation contrôlée à changer, celle-ci étant associée possiblement à deux facteurs. D'un côté, il pourrait redouter les réactions de la mère et par le fait même, certaines conséquences. D'un autre côté, le jeune fait référence à un sentiment de culpabilité et de honte si jamais sa mère apprenait sa consommation. Encore ici, la motivation à changer peut être associée à l'évitement d'états émotionnels déplaisants (la culpabilité, la honte).

JE6 : Ouais, j'ai un problème de consommation, mais c'est pas quelque chose qui me nuit vraiment. C'est pas quelque chose que j'arrête parce que je sais que c'est nocif et tout. C'est pas quelque chose qui nuit dans mes relations avec le monde ou dans les sports. Oui, j'ai une dépendance, mais une dépendance qui change rien que j'consume autant.

M : OK. Puis, est-ce que tu voulais changer quelque chose dans ta consommation en sortant d'ici?

JE6 : Je sais vraiment pas. J'vais laisser l'courant aller.

M : Ah, OK. Est-ce qu'il y aurait quelque chose qui pourrait t'aider à changer ta consommation, d'après toi? Quelque chose ou quelqu'un?

JE6 : Ça serait ma mère si elle le saurait.

M : Tu penses qu'elle t'aiderait?

JE6 : Non, mais juste le fait qu'elle le sache, j'arrêteraï directement.

M : Qu'est-ce que ça te ferait, à toi, que ta mère apprenne?

JE6 : Ça me ferait mal au cœur. C'est ça qui me ferait arrêter.

En somme, les jeunes ambivalents face au changement présentent des balances décisionnelles en équilibre, contrairement aux résistants chez qui la balance penche vers le statu quo (de la consommation)²⁸. Une analyse du niveau d'intégration de leurs motivations à consommer et à changer aide à mieux comprendre les raisons qui maintiennent la balance en équilibre. En fait, ce qui compte ici est la perception du jeune

²⁸ Curieusement, une possibilité théorique des balances décisionnelles proposées n'a pas été vérifiée dans nos données. Il s'agit de la combinaison « motivation contrôlée » à consommer versus « motivation autonome » à changer.

des différents poids de ses motivations. Ainsi, pour certains, ce sont les problèmes causés par la consommation auprès des personnes significatives qui compensent le poids du grand plaisir de consommer, tandis que pour d'autres, ce sont les pressions légales. Pour certains, le soulagement obtenu à travers l'usage de drogues est compensé par le désir d'améliorer ses relations familiales et pour d'autres, l'existence d'une personne significative dans leur vie peut les amener à réfléchir sur la possibilité de changement, malgré leur perception d'être accrochés et dépendants de la drogue. En fait, l'association des balances décisionnelles (proposées par le MTC) avec les niveaux d'intégration des motivations à consommer et à changer (proposés par la TAD) semble favoriser la compréhension du poids des différentes sources motivationnelles sur la balance, selon la perception du propre jeune.

L'ambivalence face au changement semble constituer un sentiment commun quand il s'agit de jeunes consommateurs de SPA dans les contextes d'autorité. Les adolescents interviewés par Whiteacre (2004), impliqués dans un traitement de la toxicomanie suite à une ordonnance du juge, étaient également ambivalents face au changement de leur consommation. Plusieurs se montraient plus concernés par les conséquences légales de leur consommation que par les risques et problèmes lui étant associés. Les pressions légales étaient le principal facteur qui les motivaient à participer au traitement et se débarrasser des accusations auxquelles ils faisaient face était le plus important bénéfice attendu découlant de leur participation dans le traitement.

4.2.2.3 Le changement actif

La majorité des participants (20, sept feux jaune et 13 feux rouge) ont affirmé, au moment de l'entrevue, être en train d'agir dans le sens de changer leur consommation d'au moins une substance. En reprenant la métaphore des balances utilisée plus haut, pour eux, les raisons pour entamer un changement de comportement auraient « plus de poids » que celles favorisant la consommation. Selon le MTC, ces jeunes se situeraient au stade de l'action. Contrairement à ceux en « Contemplation », ils mettent déjà en pratique des stratégies pour mieux contrôler leur consommation (d'une ou de plusieurs

substances) et déclarent avoir le désir de maintenir les changements réalisés pendant leur séjour en CJ (la diminution de la consommation ou l'abstinence), et ce, même une fois leur placement complété.

Pour les participants de cette étude, le fait d'être en action n'a pas de lien avec le type de motivation à consommer. Indépendamment du degré d'internalisation de cette motivation, il semble que la perception des problèmes associés ou potentiellement attribuables (directement ou indirectement) à la consommation est ce qui pèse le plus dans la balance et c'est ce qui les pousse à se mettre en action pour changer leur comportement.

Il importe d'apporter une distinction claire entre « les problèmes associés » et « les conséquences négatives » de la consommation. Dans la littérature, il est fréquemment mentionné que les individus décident de changer leur consommation quand ils prennent conscience des « problèmes » qu'elle cause ou en d'autres mots, des « conséquences négatives » de l'usage de substances (Cosden et al, 2006; Rosen, Webster, Staton, & Leukefel, 2004). On démontrera dans la prochaine sous-section que cela n'est pas toujours le cas pour les jeunes interviewés dans le cadre de cette étude. Il est vrai qu'on remarquera que certains ont changé en fonction d'une perception des conséquences indésirables directement associées à la consommation. En utilisant les termes proposés par la TAD, on considère que ceux-ci ont été généralement poussés vers le changement par une motivation autonome. Toutefois, dans d'autres cas, on notera que les jeunes effectuent des changements en fonction des problèmes perçus comme étant associés à la consommation. Sans avoir vécu un processus d'internalisation de la motivation à changer, ces jeunes mettent de l'effort et réalisent quand même des changements dans leur consommation, étant poussés par une motivation de type contrôlé. Quoiqu'il en soit, une fois décidés à changer, indépendamment de leur motivation, avec ou sans une aide professionnelle, ces jeunes mettaient en pratique diverses stratégies afin d'atteindre leur but. Ainsi, les analyses de cette sous-section sont présentés en deux segments : la motivation contrôlée et la motivation autonome.

4.2.2.3.1 La motivation contrôlée

Certains jeunes semblent être poussés au changement par des forces externes. Ils présentent leurs raisons pour avoir entamé un processus de changement en faisant toujours référence à quelque chose à obtenir et/ou à éviter. Alors, tout comme les propos mentionnés dans les catégories « résistants » et certains « ambivalents », ceux-ci indiquent l'encadrement du CJ comme étant une source de motivation au changement dans le moment présent, mais au contraire des premiers et des deuxièmes, ils manifestent une intention de continuer leur processus de changement une fois leur placement terminé, même si leur perception du problème de consommation peut aussi varier.

Par exemple, JE8 affirme ne pas avoir un problème de consommation de cannabis (la seule substance consommée régulièrement par ce jeune) étant donné qu'il se considère capable de contrôle. La consommation de ce jeune à l'intérieur des installations du centre est largement connue au sein de l'unité. La preuve de cela est la riche collection d'outils pour la consommation de cannabis fabriqués par lui et retenus par les éducateurs lors des fouilles des chambres²⁹. Malgré son utilisation quotidienne de cannabis, le jeune affirme avoir pris la décision de diminuer sa consommation afin d'éviter certaines conséquences sociales significatives, à l'intérieur comme à l'extérieur du CJ.

JE8 : Ben ici, j'ai commencé à fumer juste avant d'aller me coucher seulement. Dehors, j'fumerai seulement quand il y aura des occasions spéciales. (...) Parce que mon éducatrice a dit que c'était pour m'aider. C'est pour ça que j'l'ai fait. Elle m'a dit que ça va m'aider à mieux m'tenir mes sorties, à être moins problématique dans l'unité si j'consomme plus le soir.

Les cas qui seront cités ensuite illustrent la subtilité des niveaux d'intégration de la motivation proposés par la TAD. En fait, même si ces jeunes présentent une motivation contrôlée, le niveau d'intégration de leur motivation peut varier, certains ayant une

²⁹ Selon les notes de notre journal de bord, pendant une séance du GRD l'éducateur expose aux participants une collection d'environ six pipes artisanales confectionnées par JE8 pour la consommation de cannabis. Ces pipes avaient été retenues lors des fouilles dans les chambres.

motivation à changer un peu plus intégrée que d'autres. On observe en fait que la source de motivation externe (p. ex. le juge) peut s'interposer entre la consommation et un objectif personnel du jeune, dont l'importance est non négligeable à ses yeux (p.ex. éviter le placement). Ainsi, il ne voit pas d'autres options possibles outre le respect des directives de l'agent externe (coercitif) pour arriver à son but. Bien que dans ce sens, le rôle de la source externe sur la motivation au changement soit assez évident, il reste que le jeune le fait pour atteindre un objectif qu'il chérit et non seulement pour éviter les conséquences du maintien de sa consommation. Ces jeunes dévoilent aussi une perception plus approfondie de la variété de problèmes « causés » par leur usage de drogues que ceux qui présentent des niveaux d'intégration inférieurs et certains se sentent particulièrement fatigués physiquement et émotionnellement par les conséquences négatives de leur consommation (les « désabusés »).

Par exemple, JA4 avoue que sa consommation ne peut plus continuer telle qu'elle était avant son placement et semble motivé à éviter les divers problèmes occasionnés par son usage de cannabis. Ce jeune affirme avoir fait des démarches pour cesser sa consommation et d'avoir ainsi réussi à se maintenir abstiné depuis 2 mois. Il déclare que l'encadrement du CJ l'a aidé à atteindre ce but, en réaction à la crainte de se voir couper à nouveau ses sorties par les éducateurs en conséquence à sa consommation sur le site du CJ (ce serait d'ailleurs pour cette raison que, selon lui, il se serait fait couper ses sorties pendant tout un été³⁰). Bien que JA4 semble avoir réfléchi sur sa consommation, il n'a pas de plans ou d'objectifs clairs pour son avenir, ce qui nous fait penser à une motivation au changement plutôt contrôlée (veut éviter les problèmes tout d'abord dans le CJ, mais aussi avec la famille et avec les amis).

JA4 : Ben... ça devenait un problème parce que j'allais pas à l'école, je faisais les cours pis toute. Pis ça nuisait à ma famille, mes relations avec mes amis pis tout là. Ça avait pas de bon sens, c'était vraiment un gros problème. Fallait que j'arrête ça.

³⁰ Les observations dans l'unité où JA4 était placé ont été réalisées deux mois après l'incident dans lequel un groupe de jeunes a été surpris par un éducateur lorsqu'ils fumaient du cannabis pendant un jeu de baseball. Malgré le temps écoulé, cet événement était encore très présent dans les discussions des éducateurs de cette unité et certains jeunes subissaient encore des conséquences de ce comportement particulièrement osé.

(...) Ben j'aurais jamais pensé être capable d'arrêter aussi longtemps que ça. Ça fait comme 2 mois là, si c'est pas plus. Ce qui m'a aidé, c'est de me ramasser icitte. Parce que c'est plus encadré qu'en foyer de groupe là. C'est facile changer ici. De toute façon, tu peux pas faire grand-chose icitte sans te faire pagner (...) Je vais avoir des conséquences là pis je me suis fait couper mes sorties. C'est peut-être à cause de ça j'allais pu chez nous. Tout l'été je ne suis pas sorti. Là je commence à avoir des sorties pis tout. Fai'que... Ça me tente pas de me refaire couper encore. De ce côté-là, ça m'aide aussi parce que je sais que ci je fais de quoi, ben j'aurai pu de sorties pis ça me tente pas.

Pour certains jeunes en action, la première source de motivation pour changer leur consommation à long terme est d'éviter de nouveaux placements. Ils dirigent alors tous leurs efforts vers le changement de leur consommation et, dans une certaine mesure, leur style de vie. Leurs longues trajectoires de placement dans des centres d'accueil semblent les avoir décidé à tout mettre en œuvre pour éviter de nouveaux placements, le changement de leur consommation étant alors vu comme un moyen pour arriver à leur fin. En même temps, tout comme les jeunes dont il est question ci-haut, ils affirment que l'encadrement et la surveillance dans le centre d'accueil les aurait aidés à entamer un processus de changement.

C'est notamment le cas de JB2 qui est conscient de son problème de consommation et qui poursuit l'objectif de diminuer sa consommation de cannabis et d'arrêter sa consommation de « drogues chimiques ». Pour lui, son placement est attribué à sa consommation puisque ses parents n'étaient plus capables d'endurer son comportement à la maison, ni les vols dont ils étaient fréquemment victimes. Quand il est questionné à propos des raisons qui l'amènent actuellement à vouloir maintenir la diminution de sa consommation, le jeune fait référence à deux sources externes : l'encadrement et les pressions du juge. Ce dernier exige qu'il apporte des changements à sa consommation avant de mettre terme à son placement en centre d'accueil et de lui permettre d'aménager dans un appartement supervisé.

JB2 : Ben si je serais pas ici, je pense pas que j'aurais arrêté. Ben parce qu'ici, je suis en punition si je consomme. Mais j'aurais... parce que j'ai le goût d'arrêter à chaque fois que je

vole mes parents, mais là, quand que je les vole, après ça, j'ai du remord. Quand j'ai du remord, je consomme pour oublier le remord. Pis là, quand que j'ai fini de consommé, j'ai encore du remord. Pis là, je les revole pour consommer. J'ai encore du remord. Fai'que là, ça recommence tout le temps.

M : D'après toi quels sont les facteurs qui jouent sur ta motivation à changer?

JB2 : Ben vu que le juge il me le demande pis vu que je veux sortir d'ici, je mets des efforts pour pouvoir atteindre qu'est-ce que je veux.

Parmi les jeunes en action présentant une motivation contrôlée pour changer leur consommation, les données ont dévoilé un sous-groupe que nous avons nommé « désabusé ». Ces jeunes présentent un niveau particulier d'intégration de la motivation au changement. Bien que leurs sources de motivation soient plutôt externes, ils font référence à un état d'épuisement face au quotidien et aux conséquences de leur consommation.

Prenons comme exemple JB5, qui affirme avoir changé sa consommation de cannabis pour accompagner sa mère qui, étant elle aussi consommatrice régulière, a décidé de se maintenir abstinente. Par ailleurs, ce jeune démontre une conscience assez claire des problèmes que la consommation causait dans sa vie et par rapport à ceux-ci, il se dit « tanné ».

JB5: Ben je sais pas. Ma mère, elle a décidé d'arrêter de fumer du pot Elle a dit arrive, arrête de fumer. Fait que j'ai arrêté avec elle pis c'est ça que ça a donné là.

M : Il y aurait-il d'autres facteurs qui ont influencé ta décision de changer?

JB5 : Ben je sais pas. J'arrivais gelé ici souvent pis ils me mettaient en réflexion, en retrait, ils me mettaient au bloc, ils me laissaient dans ma chambre pour... Je sais pas, plein d'affaires comme ça. J'étais tanné là. Quand j'allais à l'école, j'étais gelé pis je m'endormais sur mon bureau. Je n'apprenais rien.

4.2.2.3.2 La motivation autonome

Malgré le contexte d'autorité où les jeunes se trouvaient au moment de l'entrevue et tous les agents coercitifs présents autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du centre, certains ont parlé de leur motivation au changement en soulevant des arguments plutôt autonomes. Ces jeunes ne se sentaient pas poussés vers le changement par des forces extérieures, au contraire, ils affirmaient être les agents de leur propre changement et tendaient même à minimiser, voire nier l'influence que le contexte d'autorité aurait pu avoir sur leur décision de changer. Ces jeunes étaient motivés à modifier leur consommation afin d'arriver à des buts qu'ils s'étaient donnés ou à des valeurs qu'ils chérissaient sans faire référence à un agent extérieur.

En présentant un point de vue très pragmatique, JF4 exprime vouloir changer sa consommation pour être capable d'assumer la garde de son enfant. Il est conscient des problèmes que sa consommation lui a apportés et croit que dans cette nouvelle vie qu'il souhaite bâtir avec son enfant, il n'y a pas de place pour la consommation exagérée ou pour les drogues fortes.

JF4: T'sais, moi, j'ai dit en sortant que j'vais aller faire les rencontres à Dollard-Cormier, j'vais faire de meeting, j'vais faire mon possible pour pouvoir me faire une routine pour pouvoir moins consommer. T'sais, travailler, aller à l'école, aller porter le p'tit le matin à la garderie, le faire manger, aller à l'école, aller l'chercher après, l'faire manger, lui donner son bain, lui donner son biberon, le coucher. T'sais, avoir une routine de vie, déjà en partant j'trouve que ça me ferait moins consommer.

Pour JA1, parmi les conséquences de sa consommation, c'est la perte de la confiance de son entourage qui l'affecte le plus. Ce jeune semble avoir un grand besoin d'être apprécié et aimerait être perçu comme quelqu'un de fiable, ce qu'il considère « essentiel dans la vie ».

JA1: En arrivant... un petit peu avant d'arriver ici. Là j'me suis dit « ok là c'est fini, pis t'arrêtes ça, pis c'est tout ». Pis là ben, j'me suis donné des raisons comme que : criss ça m'donne rien, ça m'donne juste du mauvais, j'perds la confiance de tout l'monde, y'a pu personne qui m'fait confiance.

M : Est-ce que c'est important pour toi d'avoir la confiance des autres?

JAI : Oui. C'est queq'chose d'important, d'essentiel dans la vie. Y faut ça pour qu'y'aille du monde alentour de toi.

En plus des objectifs et des valeurs qui sont importants pour les jeunes et qui les motivent à changer, trois participants affirment avoir eu de mauvais exemples concernant le contrôle de la consommation de SPA. Pour cette raison, les jeunes affirmaient ne pas vouloir suivre les traces de leur père toxicomane. Le changement de leur consommation était en partie attribuable à la perception des problèmes occasionnés par la toxicomanie chez autrui. Les conséquences de la consommation sur la vie de leur père étaient opposées à ce qu'ils souhaitaient pour leur avenir et entraient alors en dissonance avec leurs objectifs de vie.

JC1 : Moi, c'est quand j'ai été chez mon père, cet été, que j'ai décidé de changer ma consommation pis de changer de mode de vie parce que j'voulais pas me ramasser comme lui. Lui, y'a peut-être plein d'argent... parce que mon père a été obligé de quitter le pays parce que y'était dans de quoi de gros là. Y'a jamais voulu m'le dire. Mais, on avait un esti d'maison. Y'avait tout l'temps plein d'argent qui trainait partout, mais des grosses palettes. T'sais, mon père y'a peut-être plein d'argent, mais y'est pas heureux. Y'est pas capable de vivre avec personne. (...) Regarde ses fils. Les deux là, moi pis mon frère, quand on a été là-bas, on a crissé notre camp avant la date que l'avion partait parce qu'on était écœuré de lui.

La dimension contrôlée de la motivation des jeunes pour réaliser un changement est bien plus explorée dans les écrits scientifiques que les facteurs associés à la motivation autonome. Les études montrent, par exemple, que les pressions légales sont très importantes pour ce qui est de la participation des jeunes dans un programme de traitement de la toxicomanie (Battjes et al., 2003; Whiteacre, 2004) et qu'elles semblent avoir un rôle important à jouer même quand le jeune affirme que sa motivation à changer sa consommation vient de lui-même (Whiteacre, 2004). Quoiqu'il en soit, lorsqu'il est question des jeunes en contexte d'autorité, une attention spéciale devrait être accordée au processus d'internalisation des régulations externes de la motivation à changer.

4.2.2.3.3 *L'intégration progressive : de la motivation contrôlée vers la motivation autonome*

Une évolution de la motivation à changer la consommation a été observée chez deux jeunes participants, qui semblent être passés d'une motivation contrôlée à une motivation autonome pendant leur placement. À leurs yeux, le fait d'avoir été placé en centre d'accueil a contribué significativement à amorcer un processus de changement. La surveillance accrue et l'encadrement les ont initialement obligés à changer afin d'éviter des conséquences (p. ex. être envoyé dans unité d'arrêt d'agir, avoir des notes dans le dossier qui pourraient retarder leur processus de réintégration du foyer, etc.). Toutefois, en cours de placement, en profitant des bienfaits de l'abstinence (ou de la diminution significative de la consommation), ils disent avoir pris conscience des problèmes occasionnés par l'usage de SPA sur leur vie. D'autres objectifs de vie se sont ouverts à eux, ils ont envisagé des possibilités de changement et ont décidé, par eux-mêmes, de changer leur consommation. Alors, on pourrait dire que pendant le placement de ces jeunes, un processus d'intégration de la motivation s'est mis en branle : de la motivation contrôlée (pour éviter les conséquences associées à la consommation en centre) à la motivation autonome (pour s'approcher de leur(s) objectif(s) pendant le placement ou lors de la sortie). Grâce à la motivation autonome développée, ces jeunes ne sentent plus de pression d'agents extérieurs pour réaliser des changements et semblent satisfaits des accomplissements réalisés suite au changement de leur consommation.

JA2 : Non. Quand je suis arrivé ici j'ai... genre, la première fois que j'ai consommé ici pis que je me suis fait prendre, t'sais j'ai eu une réflexion là-dessus, mais... je veux dire, y m'ont bien averti de pas le refaire. Fai'que t'sais je l'ai pas refais là. Pis de toute façon... t'sais j'ai pas besoin de ça pour vivre non plus Fai'que... je peux m'en passer. (...) Au début (du placement) je voyais, t'sais, ma vie d'une autre manière, comme avoir du fun, m'amuser pis toute. Mais là, après ça, j'ai vu j'avais d'autres priorités. Je me suis dit : Ah, va falloir que je travaille, ah va falloir que je fasse ci, ah va falloir que je fasse ça. Pis là, c'est là que j'ai réalisé pis quand que tu penses à tout ça, tu as pas le

temps la fin de semaine admettons là, d'aller consommer de rentrer pis de perdre 2 jours de travail parce que tu as fait des niaiseries...

JB1 : Quand je suis dehors, c'est la belle vie. Quand tu es ici, tu es enfermé, tu es obligé de changer sinon tu t'en sortira pas pis... Je veux dire c'est chiant là quand tu es ici. Tu te retrouves enfermé, du jour au lendemain là, tu peux rien faire, tu as des éducateurs qui te chialent dessus, tu es avec des gars que t'aimes pas... C'est pas cool là. Fait que faut vraiment que tu changes là. Que tu te démerdes pour t'en aller là parce que sinon... Des gars que ça fait 4 ans qui sont ici t'sais. (Ça ne me) Tentais pas de finir comme eux autres. (...) Pour diminuer? Ben je pensais justement au fait que j'étais écoeuré t'sais (de la routine de consommation). Que je voulais faire de quoi pis que ça me tentais de m'en sortir pis toute.

De fait, pour les jeunes en contexte d'autorité, l'intégration des sources externes de motivation devrait être considérée comme l'un des principaux objectifs d'intervention en toxicomanie, d'autant plus que les jeunes semblent avoir une certaine difficulté à réaliser le processus d'intégration par eux-mêmes, une fois dans des environnements perçus comme contraignants (Sinha et al., 2003). Selon la TAD, le développement de l'autonomie, de la compétence et de l'importance des relations interpersonnelles est essentiel aux processus d'intégration de la motivation (Deci & Ryan, 2000). Un point central de cette théorie est que ce n'est pas l'événement externe (p. ex. un ordre du juge pour aller en traitement) en soi, mais bien la signification attribuée par l'individu qui fera en sorte que cet événement puisse être considéré intérieurement ou extérieurement motivé et ainsi, affecter la motivation (Ryan & Grolnick, 1986).

4.2.3.4 La consolidation des changements

Cinq jeunes ont déclaré avoir arrêté complètement la consommation de certaines substances pendant plus de six mois³¹, avant leur placement en centre d'accueil. Pour ces

³¹ Bien que la dimension temporelle du MTC ne soit pas considérée pertinente dans cette thèse, nous avons dû établir un critère pour distinguer les jeunes qui avaient déjà réalisé un changement dans leur consommation de ceux qui étaient en train de le faire. Pour cette raison, nous avons utilisé le critère des six mois après le changement et avant le placement préconisé par DiClemente (2003).

substances, ils étaient dans une phase de consolidation des changements réalisés. D'après le MTC, ils se situaient au stade du maintien (DiClemente, 2003).

De ces jeunes participants en maintien, seulement deux ont eu des expériences de traitement pour la toxicomanie au cours de leur vie. Cependant, celles-ci ont été assez courtes et les jeunes n'attribuent pas le changement à leur participation dans un programme de traitement. Dans tous les cas, ils affirment avoir réalisé des changements durables de par leur propre volonté et détermination.

En fait, la raison principale pour le changement de tous ces jeunes a été la perception des problèmes causés par leur consommation (d'alcool, de cannabis, de crack, de cocaïne ou d'héroïne), principalement ceux associés à la santé physique (ex. : malaises gastriques, cirrhose alcoolique, perte de poids, démangeaisons, etc.), à la santé mentale (ex. : paranoïa, agressivité, insomnies, impulsivité), à la situation financière, à la détérioration des relations interpersonnelles et à l'implication dans la criminalité. Un autre problème cité par ces jeunes qui ont réussi à changer leur consommation est la perception des propriétés dépendogènes de la substance. La perte de la liberté, de la capacité de choisir et d'autonomie dans leur consommation les dérangeait particulièrement. D'après ces participants, c'est pour retrouver ces sentiments de compétence, de contrôle et d'autonomie qu'ils ont cessé de consommer.

Malgré que pour la majorité des jeunes, la décision de changer a été prise pour éviter les conséquences indésirables de la consommation, il est intéressant de noter qu'au moment de l'entrevue, ils ne semblaient pas s'être sentis « contraints » à réaliser le changement. Au contraire, le fait d'avoir été capables de retirer de leur vie une substance qu'ils considéraient particulièrement nuisible paraissait leur donner un sentiment de compétence et d'autonomie, deux des principaux besoins fondamentaux selon la TAD (Deci & Ryan, 2000).

M : Quand tu as décidé d'arrêter toutes les drogues dures, alors ça a été comme d'une shot?

JB4 : Ben j'ai arrêté les pilules avant la coke pis le reste. La «pile», ça, ça fait bang.

M : Ok. Pourquoi tu as décidé d'arrêter la pilule?

JB4 : Premièrement pour le nombre auquel j'étais rendu parce que ça grossissait de plus en plus. Plus ça allait, pis plus j'en prenais parce que ça ne me gelait pu pentoute pentoute pentoute. Pis deuxièmement, parce que moi j'ai une des mes chums de fille qui en fait pis à cet'heure, elle continue à en faire, mais t'sais... elle a pu 30 ans devant elle. Là, elle est suivie médicalement pis elle a des problèmes physiques. Pis ça tourne pas rond là-dedans. Fai'que là elle est comme en pente descendante pis d'ici une couple d'année, c'est pfff.

4.3 Les stratégies de changement

En général, les jeunes participants de cette étude étaient en train d'effectuer des changements dans leur consommation d'au moins une substance ou comptaient en réaliser à court terme. En ce sens, plus de la moitié des jeunes interviewés (16) nous ont fait part des stratégies qu'ils ont utilisées par le passé, qu'ils utilisent à présent ou qu'ils comptent utiliser dans l'avenir afin de changer leur consommation. Ces stratégies sont d'ailleurs présentées dans la section suivante.

4.3.1 La diminution graduelle

Pour les jeunes qui affirmaient avoir déjà apporté des changements significatifs au niveau de leur usage de drogues, une des stratégies retenues était la diminution graduelle de la consommation (chaque jour essayer de consommer un peu moins que la veille).

4.3.2 Le changement de cercle d'amis

La plupart des jeunes croient ne pas être capables de maintenir les changements apportés pendant le placement en conservant le même cercle d'amis. Dans ce sens, plusieurs pensent à déménager ou s'éloigner temporairement de leur entourage, tandis que certains jeunes placés dans les unités ouvertes tentent d'éviter de rencontrer leurs anciens amis au moment des sorties ou des fins de semaine à la maison.

4.3.3 Occupation / Distraction

Certains jeunes croyaient qu'une stratégie efficace pour changer leur consommation est de se maintenir occupé pour éviter de penser aux drogues et être moins disponibles pour s'engager dans des comportements de consommation. C'est dans cette optique que quelques jeunes se défoulaient à travers l'activité physique dans la salle de musculation ou le gymnase. Ces derniers apprécient ces moments alloués au sport puisque l'entraînement leur apporte un bien-être tout en les distrayant des pensées orientées vers les drogues. De plus, plusieurs jeunes mentionnent qu'en quittant le CJ, ils essayeront de trouver un emploi, de s'inscrire à l'école pour finir leur secondaire ou pour suivre une formation professionnelle. Ils croient qu'en occupant leur temps de façon productive, ils seront moins tentés de consommer. D'ailleurs, ils font le lien entre leur consommation passée (avant le placement) et leur oisiveté, n'étant plus sur les bancs d'école et n'ayant pas d'emploi à cette période.

4.3.4 La restriction des occasions de consommation

D'une certaine manière, cette stratégie est reliée aux deux premières (en remaniant son entourage et en s'occupant, les jeunes ont naturellement restreint les occasions de consommation). Cependant, certains jeunes ne songeaient pas à sortir de leur cercle d'amis actuel, et ne faisaient pas non plus spécialement référence à leurs occupations, mais souhaitaient quand même restreindre les occasions de consommation. En développant un plus grand contrôle sur leur usage de SPA, ils voudraient pouvoir choisir les moments appropriés pour consommer de sorte à retirer un maximum de plaisir.

4.3.5 La participation à des interventions spécialisées

Quelques jeunes affirment participer au « Groupe de réflexion sur les drogues » et à des rencontres individualisées dans un centre de traitement spécialisé dans la toxicomanie

pendant son placement, dans le but de mettre en place des moyens pour maintenir les changements déjà apportés à sa consommation. Ils prévoient continuer le traitement au moment de leur sortie du centre.

Tableau VI : Synthèse des variables associées à la motivation à changer la consommation de SPA

Variable	Auteur (s)
Les relations interpersonnelles	Austin et al. (2010); Broome et al. (2001); Barnett et al. (2002); Chassin et Barrera (1993); Handelsman et al. (2005); Slesnick et al. (2009); DiClemente (2003)
La perte de la liberté / Propriétés dépendogènes de la SPA	Levy et al. (2005); Collins et al. (2000)
La santé physique et la santé mentale	Battjes et al. (2003); Handelsman et al. (2005); Parks et Kennedy (2004); Levy et al. (2005)
Le fonctionnement quotidien	Battjes et al. (2003)
L'implication dans la criminalité	Battjes et al. (2003); Handelsman et al. (2005); Broome et al. (2001)
Les contraintes liées à l'argent	Levy et al. (2005)
Les contraintes légales	Levy et al. (2005); Broome et al. (2001); Handelsman et al. (2005); Knight et al. (2000)
Le placement	Battjes et al. (2003)
Engagement dans le traitement ³²	Broome et al. (2001); DiClemente et al. (2008)
Rétention dans le traitement ¹	DiClemente et al. (2008); Fickenscher et al. (2006); Melnick et al. (1997)
Efficacité du traitement ¹	Breda et Heflinger (2007); Cady et al. (1996)
Perte d'intérêt ¹	Levy et al. (2005)
Observation du comportement d'autres personnes ¹	Levy et al. (2005)
Attentes négatives envers la consommation ¹	McNally et Palfai (2001); McMahnnon et Jones (1993)
Perception des risques / conséquences de la consommation	Weinstein (1993); Wild et al. (2001); Gerrard et al. (1996); Bachman et al. (1990); Cosden et al. (2006); Rosen et al. (2004)
Aspirations envers le changement « de vie »	Perri et al. (1997)

4.4 Considérations finales

D'après un grand nombre de chercheurs et cliniciens, la compréhension des raisons qui amènent les jeunes à consommer des SPA, ainsi que des motifs qui les poussent à changer leur consommation, serait fondamentale à l'élaboration de programmes de

³² Cette variable n'a pas été vérifiée par notre étude.

prévention et de traitement adaptés à leurs caractéristiques développementales et à leurs besoins. Dans la littérature scientifique, ces deux aspects de la motivation (à consommer et à changer) sont généralement analysés séparément et discutés à la lumière d'un modèle théorique ou de théories (p. ex. Battjes et al., 2003; Boys et al., 1999; Kilmer, Hunt, Lee, C. M., & Neighbors 2007; Perkonigg et al., 2008). Notre étude a voulu analyser les deux « faces » de la motivation de façon simultanée, ce qui a été possible à l'aide d'un cadre théorique qui propose la combinaison de deux théories (le MTC et la TAD).

La conclusion générale de cet exercice empirico-théorique est que les motivations de ces jeunes, rencontrés dans un contexte d'autorité et majoritairement polyconsommateurs, sont extrêmement dynamiques et variables. Ils consomment diverses substances motivés par des raisons parfois différentes, parfois identiques. De plus, une même substance peut accomplir une fonction dans un contexte ou moment de vie déterminé et une autre dans des circonstances distinctes. Les motivations à consommer changent donc non seulement au fil du temps, mais dans un même moment, dépendamment des circonstances et de l'état émotionnel du jeune. Par ailleurs, les analyses à la lumière de la TAD révèlent le rôle joué par le « plaisir » dans la persévérance du comportement de consommation. Étant donné que le « plaisir » est souvent mentionné comme source de motivation par les jeunes, il semble qu'une exploration de cette motivation pourrait ouvrir des voies à l'intervention et surtout, éviter que le clinicien sous-estime la difficulté expérimentés par le jeune face au changement.

Cependant, une mise en garde s'impose. Si la TAD nous donne des indices pour comprendre la consommation en termes de persistance potentielle du comportement, ceux-ci sont encore limités. En fait, si pour d'autres comportements (p. ex. l'exercice physique) les motivations peuvent être plus facilement identifiables, quand il est question de la (poly)consommation chez les adolescents, nos données indiquent qu'on fait plutôt face à une agglomération de motifs à consommer qui se superposent les uns aux autres dépendamment de la substance, des circonstances et de l'état émotionnel du jeune. Donc, si on se fie aux récits de nos participants, qui accordent une place

importante au plaisir de consommer, cela devrait nous donner un indice de la persistance potentielle du comportement de consommation. Or, il semble impossible de prédire la persistance d'un tel comportement en utilisant uniquement la perspective de la motivation à consommer. En dépit de ce fait, la TAD paraît très pertinente dans le domaine de l'intervention clinique. Elle offre une possibilité de discuter avec le client sur la liberté de choix qu'il perçoit (ou non) dans son comportement de consommation. Le client pourra donc réfléchir sur la mesure dans laquelle son comportement est « libre » ou bien « contrôlé » par des circonstances et agents extérieurs.

La complexité demeure même quand on tient compte de leurs motivations à changer. En plus des entrevues, de longues heures de discussion informelle avec les jeunes participants ont permis de parler des raisons qui les poussaient et de celles qui les freinaient face à la possibilité de changement. Ce qui a été tout de suite très clair est que pour la grande majorité, il est impossible de parler de « la consommation » en général. Ils ne se gênaient pas à nous reprendre quand nous essayions de poser des questions générales comme « veux-tu changer ta consommation? ». En manifestant une certaine impatience, ils nous demandaient de répéter la question en spécifiant la substance à laquelle nous faisons référence : « *Parce que, si tu me parles de pot, c'est une chose : non. Mais si tu parles de l'alcool, ah oui...ça j'aimerais ça diminuer.* »³³.

Par ailleurs, nous avons remarqué que le contexte où ils se retrouvaient laissait des marques sur leur motivation. Bien que, tel que mentionné dans le chapitre trois, il soit possible d'avoir accès aux SPA et même de les consommer dans les installations du centre, il reste que la surveillance exercée par les éducateurs et les sanctions normalement rattachées à la consommation au centre, ainsi que l'emploi du temps assez structuré, semblent diminuer considérablement les occasions et l'aisance pour obtenir et pour utiliser des SPA pendant le placement. Cela a été constaté autant pendant les observations que dans les propos des jeunes. Néanmoins, d'après nos observations, le contrôle et la surveillance dans les unités de vie varient beaucoup selon le niveau d'encadrement dans lequel le jeune est placé. Dans les unités ouvertes et d'encadrement

³³ Note du journal de bord de janvier 2009.

dynamique élevé, la surveillance est beaucoup plus souple que dans les unités fermées. Dans les premières, les portes ne sont pas barrées et le jeune est « libre » de fuguer sans que les éducateurs ne puissent l'en empêcher, tandis que dans les unités fermées, les portes sont verrouillées et une fugue est passible de conséquences légales. Curieusement, les récits des jeunes ne reflètent pas toujours cette dimension objective du contexte. On ne remarque pas de différence dans les propos des jeunes placés dans les unités ouvertes ou fermées concernant l'influence de l'intensité de l'encadrement sur leur motivation à changer. Alors, il est probable que la perception subjective de l'encadrement importe autant, si non plus, que les stratégies objectives de contrôle quand il est question d'évaluer le rôle des contraintes sur la motivation au changement.

En fait, le contrôle et les contraintes propres à un centre de réadaptation étaient vus de manière différente par nos participants. Certains étaient quasiment capables d'apprécier positivement les limites imposées pendant le placement. Ils nous parlaient de l'éloignement des contextes de consommation, de l'écoute et du soutien des éducateurs, des activités diversifiées auxquelles ils n'étaient pas familiers avant le placement, etc. D'autres profitaient de nos conversations lors de promenades dans le campus ou pendant le repas pour se défouler de leur contrariété face à leur placement et à tout ce qui représente le centre (les éducateurs, les activités...). Cependant, nous avons noté que la motivation à changer était indépendante de la réaction du jeune (plus conformiste ou plus rebelle) vis-à-vis le contexte dans lequel il se trouvait. Par exemple, nous avons rencontré des jeunes qui avaient un comportement très peu coopératif dans l'unité, qui déclaraient haïr le centre jeunesse et qui refusaient catégoriquement de parler à leur éducateur de leur usage de drogues (ou de tout autre sujet personnel), mais qui, lors de discussion individuelle avec la chercheuse, reconnaissaient avoir un problème avec les stimulants et disaient être en train de réfléchir sur une façon d'y remédier. D'autres jeunes, des vrais « anges » dans l'unité, dévoilaient pendant l'entrevue que leur conformisme face aux exigences du centre cachait le seul désir de vouloir mettre fin au placement le plus tôt possible, sans trop avoir à réfléchir sur leur situation ou quoi que ce soit.

Pour toutes ces raisons, les conclusions provenant des recherches ou du sens commun, et voulant que ces jeunes ne soient pas motivés à changer, devraient être acceptées avec réserve. Plusieurs études utilisent des mesures « générales » pour évaluer la motivation des jeunes à changer, sans distinguer les différentes drogues utilisées et la plupart choisissent une méthodologie quantitative (p. ex. Battjes et al, 2003; Handelsman et al., 2005) qui ne permet pas aux jeunes de s'exprimer sur les items des questionnaires qui ne font pas de sens à leurs yeux.

D'ailleurs, si la perception du problème est sûrement associée à la motivation à changer comme démontrent diverses études, il semble qu'elle ne soit pas la seule responsable du changement de la consommation. Conformément à ce qui a été mentionné dans nos analyses, les jeunes peuvent entamer un processus de changement sans vraiment être conscients des conséquences des drogues dans leur vie, et seulement dans le but d'obtenir certaines gratifications immédiates. Toutefois, au fil du temps et en profitant d'un moment d'abstinence totale ou partielle, les individus peuvent trouver par eux-mêmes ou à l'aide de quelqu'un, d'autres sources de motivation et peuvent même reconnaître dans ce deuxième moment, les conséquences de la consommation dans leur vie. Cela veut dire qu'en début d'intervention, il n'est peut-être pas approprié pour un professionnel d'insister pour explorer avec le jeune les conséquences néfastes des drogues sur sa vie. Il est possible que le jeune ne soit pas prêt à les identifier tout de suite, et il est aussi possible que les conséquences identifiées par l'intervenant n'aient pas « un poids significatif » sur la balance décisionnelle du jeune. Cela ne veut pas par contre dire qu'il ne soit pas disponible à réfléchir sur la possibilité de changement, surtout si l'accent est mis sur les autres gains possibles du changement plutôt que sur les pertes. Cette façon de faire peut faciliter le processus d'intégration de la motivation à changer, qui passerait alors d'une motivation tout à fait contrôlée à une motivation davantage autonome et qui exercerait une influence positive sur les sentiments d'autonomie et de compétence de l'individu (Deci & Ryan, 2000).

L'intégration de la motivation à changer chez les jeunes présentant des problèmes avec les SPA devrait être un des objectifs des interventions menées dans les contextes

d'autorité, comme les centres d'accueil, étant donné que les jeunes s'y retrouvent rarement sans l'influence d'agents externes et souvent coercitifs. Mais comment s'y prendre pour arriver à cette intégration dans un contexte souvent perçu comme hostile? Le chapitre prochain se penchera sur cette question. Nous allons y explorer, du point de vue des jeunes, leur ouverture envers les interventions mises en place en CJ et essayer d'identifier les agents impliqués dans leur ouverture (ou non) à ces interventions. Indépendamment de ce que les jeunes portent comme « bagage personnel » dans le centre de réadaptation, à l'instar de Fiorentine, Nakashima, & Anglin (1999, p. 205), nous sommes persuadés que souvent « ce que les clients apportent en traitement est souvent moins important que ce qu'ils trouvent quand ils y arrivent ».

Chapitre cinq : L'ouverture envers les interventions et les éducateurs

Les chapitres antérieurs tracent un portrait des jeunes usagers de SPA en ce qui a trait aux caractéristiques de leur usage d'alcool et de drogues, leurs perceptions des raisons qui les poussent à consommer et les possibilités de changement spontanément envisagées (ou non) de leur consommation. D'une part, jusqu'ici les résultats confirment les conclusions des études précédentes qui font état d'importantes problématiques associées à la consommation des jeunes pris en charge par les centres de réadaptation, en plus d'exposer leurs habitudes d'utilisation de SPA pendant le placement, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des installations du centre. D'autre part, cette étude présente une analyse qualitative des motivations des jeunes à consommer et à changer leur usage de SPA dans un contexte d'autorité. Il est démontré que, contrairement aux impressions issues du sens commun, plusieurs jeunes sont dans une certaine mesure, motivés à changer leur consommation d'au moins une substance, en général celle qu'ils perçoivent comme étant la plus potentiellement nuisible à leur vie, au sens large du terme (cela

inclut leur situation judiciaire et familiale, leur santé, etc.). L'étude montre aussi que les jeunes peuvent être motivés à changer autant pour des motivations autonomes que contrôlées, et que ces dernières peuvent passer par un processus d'intégration, entraînant un changement de comportement généralement perçu par le jeune comme étant libre de contraintes extérieures.

Parfois, ce processus d'intégration semble favorisé par l'environnement physique (p.ex. l'encadrement, les contraintes et l'éloignement des circonstances de consommation) et par les relations interpersonnelles (p.ex. les relations établies avec les éducateurs) qui s'établissent dans le centre de réadaptation. D'autres fois, l'intégration semble indépendante du placement, étant plutôt due à des contraintes externes ou à des prises de conscience non liées au centre, du moins aux yeux du jeune. D'après nos analyses, si le processus de changement de la consommation s'est amorcé pendant le placement, en général le jeune a manifesté une certaine «ouverture» envers les interventions et/ou les intervenants du CJ.

Ainsi, ce chapitre s'intéresse aux facteurs qui expliquent les différents niveaux d'ouverture envers les interventions en toxicomanie. Selon Kennedy (2000) le concept de réceptivité, ou d'ouverture envers l'intervention, prend en compte les attributs du client, et met également l'accent sur les caractéristiques de « ce » qui est offert en termes de traitement (les interventions) et de « ceux » qui interviennent (les intervenants).. Ces deux dernières dimensions renvoient à l'importance des aspects contextuels de l'intervention : ce qui est offert, ceux qui en sont responsables et en fonction de quelles contraintes environnementales.

En fait, les aspects contextuels des interventions sont considérés dans diverses théories de la motivation. Ainsi, le « contexte de changement » est présenté comme une des dimensions du MTC (DiClemente, 2003) et la TAD met en lumière les effets positifs que les environnements peuvent avoir sur le bien-être psychologique s'ils facilitent la satisfaction de trois besoins fondamentaux (autonomie, compétence et relations interpersonnelles) (Ryan & Deci, 2000). De surcroît, les tenants de l'entrevue

motivationnelle (EM) considèrent la motivation comme le produit d'échanges interpersonnels (Miller & Sachez, 1994), autrement dit qu'elle est influencée autant par les situations que par les personnes avec lesquelles l'individu interagit (Simoneau, Bergeron, Brochu, & Landry, 2004).

Dans cette thèse, l'ouverture envers les interventions et les éducateurs sera analysée d'après la perspective des jeunes. Nous sommes d'avis que connaître les perceptions des participants par rapport aux interventions et aux intervenants peut contribuer significativement à la discussion des pratiques mises en place.

Les analyses thématiques des entrevues ont fait émerger deux grandes catégories : l'ouverture envers les interventions et l'ouverture envers les éducateurs. Quoique ces catégories soient distinctes, elles sont parfois connectées (lorsqu'un jeune est ouvert à une intervention à cause de l'intervenant qui l'anime par exemple). Seront présentés également quelques commentaires basés sur les observations participantes réalisées. Finalement, un groupe de jeunes qui se disent réfractaires à tout type d'intervention ayant lieu en centre de réadaptation sera décrit. À la fin de ce chapitre sera présentée une discussion des données inspirée de notre cadre théorique.

5.1 L'ouverture envers les interventions

Les propos des jeunes ont fait ressortir les différents types d'interventions réalisées ou disponibles pour les usagers de SPA placés en CJ. Certaines de ces interventions s'insèrent dans le contexte général du programme de réadaptation (p. ex. les sanctions contre l'usage de drogues), tandis que d'autres sont plus spécifiques (p. ex. les traitements spécialisés de la toxicomanie). Elles peuvent cibler directement ou non l'utilisation de drogues, avoir un caractère apparemment plus punitif ou plus rééducatif et avoir lieu à l'intérieur ou à l'extérieur du centre.

D'entrée de jeu, comme plusieurs jeunes ne respectent pas les interdictions de possession et de consommation de SPA dans les installations du centre, nous avons voulu connaître leurs perceptions quant aux sanctions prévues pour les jeunes qui sont

surpris à consommer. Nous avons également sondé leurs opinions concernant les interventions menées en CJ, soit celles des éducateurs de suivi et le GRD. Seront présentés ensuite l'avis des participants par rapport aux références vers des traitements spécialisés de la toxicomanie qu'ils ont déjà reçus (d'un éducateur ou d'une autre personne), ainsi que les raisons de leur non engagement dans ces traitements.

5.1.1 Les sanctions associées à la consommation

La consommation de SPA en contexte d'autorité et de réadaptation est parfois traitée comme un problème de comportement et d'insubordination (c.-à-d. un problème disciplinaire), ce qui fait sens avec le rôle des éducateurs qui doivent maintenir « l'ordre et le contrôle » dans les unités de vie. De fait, tous les jeunes interviewés se disent au courant des mesures répressives possibles en conséquence à la consommation pendant le placement, alors que la moitié (13) affirme avoir subi une sanction³⁴ pour ce type d'infraction, dont seulement deux jeunes contrevenants.

D'après nos observations, la fréquence et l'intensité des sanctions varient beaucoup selon le niveau d'encadrement, l'équipe d'éducateurs et le climat de l'unité (p.ex. les événements récents). Les comportements associés à l'utilisation de SPA et passibles de mesures répressives sont sensiblement les mêmes d'une unité à l'autre. Toutefois, l'imposition de punitions semble dépendre non seulement du jugement de l'éducateur de suivi, mais aussi de l'orientation des membres de l'équipe qui l'entoure. En général, les comportements passibles de sanction sont : la consommation d'alcool et de drogues dans les installations du centre, la possession de SPA ou d'outils destinés à son usage (sur soi ou dans sa chambre) et l'offre ou la vente de SPA à d'autres jeunes du centre. Dans les unités de protection de la jeunesse, être en état d'intoxication au retour d'une sortie extérieure est un comportement passible de sanctions. De plus, dans certains cas, des jeunes ont affirmé avoir été sanctionnés sur la base de soupçons des éducateurs ou de

³⁴ Nous utilisons le terme « sanction » pour faire référence aux interventions ayant pour objectif initial de dissuader les jeunes face à l'utilisation de SPA pendant leur placement. Selon les éducateurs rencontrés lors des observations, ces interventions ont aussi pour but de permettre au jeune de se remettre en question et de réfléchir à ses comportements, favorisant ainsi un climat plus propice à l'intervention.

délations d'autres jeunes, bref sans qu'aucune preuve objective de leur utilisation des drogues n'aient été présentées.

Par ailleurs, les types de sanctions utilisées semblent assez similaires dans toutes les unités observées. D'après les participants, quand un jeune est surpris à consommer des SPA dans les installations du centre, il est maintenu à l'unité d'arrêt d'agir, puis soumis à une fouille corporelle et de sa chambre dans le but de vérifier la présence de substances intoxicantes. Les drogues et outils de consommation ainsi trouvés sont saisis³⁵. Dans la majorité des cas, le jeune doit remplir des formulaires de réflexion écrite dans lesquels il explique les raisons et se penche sur les conséquences actuelles ou ou potentielles du comportement sanctionné. La réaction des participants face à ce type de réflexion passe de l'indifférence à la désapprobation mais tous sont unanimes sur l'inutilité de cette intervention.

JB1 : Ce qui m'écœure profondément dans les centres jeunesse, c'est leurs réflexions. (...) là tu parles, elle (l'éducatrice) te dit « ah, c'est pas bon ce que tu dis, vas-t-en en retrait ». Toi, tu t'en calisses là, tu n'as pas envie d'y répondre à son questionnaire là t'sais. Tu fais ton têteux là, t'sais, tu es sûr quand ils te donnent des réflexions, tu marques ce qu'ils veulent entendre là, parce que tu veux sortir. Mais tu trouves que c'est con là, ça a pas de bon sens là, mais...

La sanction la plus souvent commentée par les jeunes est la restriction de leur liberté résiduelle (p. ex. mesure de retrait dans le service ou hors du service), qui est appliquée selon différents niveaux d'intensité. Les réactions des jeunes diffèrent en fonction du niveau d'encadrement dans lequel ils sont placés, les jeunes contrevenants étant les moins impressionnés par ce type de sanction. Il est vrai que leur liberté résiduelle est déjà plutôt réduite, étant placés dans des unités fermées, ce qui limite les possibilités de restrictions additionnelles par les éducateurs. Pour les jeunes qui sont surpris à faire

³⁵ Selon les éducateurs, la saisie de drogue sur un jeune ou dans sa chambre les oblige à une déclaration policière. Les policiers prendront les mesures nécessaires, tout dépendamment de la quantité de la substance. En général, la quantité saisie (habituellement de cannabis) est trop petite pour justifier des sanctions légales. Cependant, si une quantité plus importante est saisie, le jeune peut être amené en cour.

usage des drogues, le retrait en chambre pendant quelques heures ou quelques jours³⁶ apparaît comme une intervention possible, mais son efficacité est souvent questionnée.

JE2 : Ils disent que c'est de la réadaptation. Pour moi, c'est pas d'la réadaptation. Quand tu m'envoies dans ma chambre là, tu me réadaptes pas. Tu m'envoies dans ma chambre, pis j'm'en vais m'coucher. Tu réadaptes pas quelqu'un. T'sais, si on te dit, à chaque fois que tu fais une erreur, tu t'en vas en d'dans, tu vas rien comprendre.

La situation est plus complexe pour les jeunes placés dans les unités ouvertes, étant donné qu'ils sont généralement libres de sortir du centre pour fréquenter l'école, travailler, participer à des activités récréatives et rendre visites à la famille et aux amis lors de périodes prédéterminées. Dans ces unités, la réclusion du jeune qui a consommé des SPA à l'extérieur de centre et qui se présente intoxiqué à l'unité est l'une des interventions possibles. Le lieu de réclusion varie de la chambre (si un jeune est visiblement intoxiqué pour laisser les effets de la drogue s'estomper), à la salle de retrait au sein de l'unité (une fois désintoxiqué pour remplir les formulaires de réflexion écrite), jusqu'aux unités d'arrêt d'agir et de retrait hors service du site (sept participants ont déclaré y avoir été envoyés pour quelques heures ou quelques jours. Une fois que les effets de la substance se sont atténués, ils y ont également rempli les formulaires de réflexion écrite).

En fait, selon les participants, l'unité de retrait hors service (« Le Bloc ») ou d'arrêt d'agir (« Goéland ») sont utilisés de façon plus au moins régulière conséquemment à un acte lié, à différents niveaux, à l'utilisation de SPA. Les motifs de retrait peuvent être : avoir été appréhendé au moment de consommer du cannabis dans les installations du centre, être soupçonné d'avoir consommé lors d'une sortie autorisée, avoir été surpris en possession de drogue, avoir été dénoncé par un pair qui devait aller chercher de la drogue à la station de métro à la demande du jeune en retrait. Plusieurs croient que ce

³⁶ Selon les participants, dans ces cas, le jeune a le droit de participer aux activités obligatoires de l'unité, mais se voit diminuer la quantité de cigarettes autorisées dans une journée, doit prendre ses repas en chambre et n'a pas le droit de participer aux activités de loisir pendant la période déterminé par les éducateurs.

type d'intervention est injustifié, surtout quand les SPA n'ont pas été consommés dans le centre.

JB2 : (j'ai été envoyé en arrêt d'agir) une fois parce que je suis arrivé en état de consommation, mais j'avais pas de consommation sur moi. Mais j'avais consommé à l'extérieur.

M : Pis comment tu as trouvé cette intervention?

JB2 : Ben c'est beaucoup trop. Tu es dans une, vraiment une petite pièce là, avec un lit en métal, un lavabo pis c'est toute là. Pis toute est mauve là, pis la porte barrée à genre mille tonnes de pression. C'est ça, c'est trop gros là comme punition. Quand tu es là-bas, tu as le goût de quasiment te pendre là, parce c'est poche.

Il importe de noter que selon les éducateurs avec qui nous avons discuté, le jeune est envoyé en arrêt d'agir seulement lorsqu'il y a accumulation de situations dangereuses ou potentiellement dangereuses pour lui et/ou pour son entourage. Ce type d'intervention ne serait donc pas mis de l'avant dès le premier méfait lié aux SPA.

Une autre mesure restrictive pouvant s'appliquer aux jeunes en protection de la jeunesse est le retrait des permissions de sortie. L'imposition d'une telle sanction a été observée dans une des unités conséquemment à une situation tendue provoquée par la consommation de jeunes lors d'une activité sportive organisée par le CJ (non seulement les jeunes avaient consommé, mais ils planifiaient, selon les éducateurs, vendre de la drogue sur le site). Quoiqu'il en soit, ces trois jeunes impliqués ont perdu leur permission de sortie à l'extérieur du centre pendant plusieurs mois, en plus d'être davantage supervisés lors de leurs déplacements sur le campus. JA4 nous parle des conséquences de sa consommation en CJ :

JA4 : ... pis je me suis fait couper mes sorties. C'est à cause de ça que j'allais pu chez nous.

M : Tout l'été?

S : Tout l'été, je suis pas sorti.

M : À cause de la consommation?

S : Ouais. Là je commence à avoir des sorties pis toute fait que...

Ça me tente pas de me refaire couper encore.

Pour cette même situation, un des jeunes (JA1) a été transféré dans une unité de dynamique élevée d'un autre site, où le niveau d'encadrement est plus intensif. Deux semaines après son transfert, malgré le malaise initial causé par ce déplacement, il se sentait plutôt confortable avec la décision de son éducateur de suivi. Plus encore, le niveau d'encadrement plus élevé semblait plutôt lui plaire et il ne souhaitait pas revenir à son unité d'origine.

JA1 : T'sais mettons... ça m'donne une chance de recommencer. T'sais c'est du nouveau monde qui me connaissent pas vraiment, c't'une nouvelle place, c'est une place où est-ce que t'as plus de consignes. J'ai des réflexions, les éducateurs sont vraiment là pour m'écouter. (...) ici, la Relance, le Goéland d'ici, c'est vraiment rare que y'a des jeunes qui vont là ... à part pour «agressivité » pis « non-collaborant » là. Mais ici, c'est que c'est encadré pis ça m'apporte beaucoup d'aide pis ça... j'aime ça ici. Pis j'ai pris la décision d'rester ici aussi. T'sais, j'ai plein de bonnes raisons là. Mettons que je retourne au Mont St-Antoine, je peux pas faire c'que j'aime ... (dit le nom de l'activité).

M : Ah oui? Pourquoi?

JA1 : Parce que c'est extérieur. Y veulent pas qu'j'aille à l'extérieur parce qu'y'ont peur que j'aille chercher d'la drogue pis ces affaires là.

En fait, la réaction des participants face aux interventions punitives dont ils font l'objet n'est pas toujours négative. Trois jeunes ont affirmé avoir compris les raisons ayant poussé les éducateurs à sanctionner leur comportement ainsi que le bien fondé de leur attitude. Dans ces cas, les jeunes considèrent que la conséquence imposée était proportionnelle à l'infraction commise. Il est à noter que les sanctions n'impliquaient aucun déplacement extérieur à l'unité et que la durée du retrait n'a pas dépassée une demi-journée.

JA2 : Ben je pense que c'est correct, parce que si y'a des jeunes... d'autres jeunes qui ont des problèmes avec ça, pis qu'y en voient un rentrer en état d'ébriété, t'sais pis, qu'y (les éducateurs) s'en rendent pas compte, pis que les autres (jeunes) s'en rendent compte, c'est qu'ils vont être frustrés t'sais. Savoir que « ah nous autres on peut pas, pis ci, pis ça » t'sais pis ça peut faire du trouble. Fait que je comprends leur intervention.

Bien que ces interventions plutôt répressives soient courantes dans le centre de réadaptation, d'autres, à caractère plus éducatif trouvent également leur place, tel que démontré dans les prochaines sous-sections.

5.1.2 Les discussions avec les éducateurs

Les observations participantes et les discussions informelles avec les éducateurs ont permis de comprendre que la consommation de SPA constitue un des sujets abordés lors des rencontres individuelles entre le jeune et son éducateur de suivi³⁷. Nous nous sommes donc intéressés aux perceptions des jeunes face à ces échanges avec leur éducateur, ou avec les autres éducateurs du centre. C'est surtout leur relation avec l'éducateur de suivi qui est ressortie de leur récit, ce dernier étant le principal responsable du jeune pendant son placement (il doit gérer les aspects concrets, disciplinaires et thérapeutiques), ce qui favorise une plus grande proximité. La grande majorité des participants ont déclaré avoir déjà été questionnés par leur éducateur de suivi concernant leur usage des drogues (26). Dans quatre cas (dont deux de «feux jaune» et deux de «feu rouge»), ces échanges se sont limités à une évaluation initiale. Selon l'impression de ces jeunes, l'éducateur n'aurait pas détecté de problèmes importants de consommation, et, pour cette raison, aurait ciblé d'autres priorités d'intervention (p. ex. les problèmes de comportement ou la délinquance).

M : Est-ce que tu as déjà discuté de ta consommation avec ton éduc?

JC5 : Ben, déjà un p'tit peu, mais pas vraiment. Ben, mon éduc, ça y dérange pas vraiment que j'consomme parce que... bof, il n'a vu plein de jeunes qui consommaient... t'sais, j'suis pas un des pires ...

³⁷ L'éducateur de suivi est le responsable du suivi du jeune pendant son placement. Il est responsable de l'élaboration du plan d'intervention, des contacts avec la famille et les autres professionnels impliqués dans le cas (travailleur social, délégué de la jeunesse, thérapeute, etc.), bref de répondre aux besoins personnels du jeune aussi longtemps qu'il sera placé dans l'unité. En général, chaque éducateur est responsable de deux jeunes à la fois.

D'après ces jeunes, ainsi que les éducateurs rencontrés lors des observations, la fréquence avec laquelle l'usage de SPA est abordé lors des rencontres de suivi varie beaucoup en termes de fréquence. Certains participants affirment en parler de façon quasi hebdomadaire, tandis que d'autres en parlent plus rarement (une fois par mois ou moins). L'usage des drogues semble plus fréquemment discuté chez les jeunes qui se considèrent ouverts à l'intervention et qui affirment entretenir une bonne relation avec leur éducateur de suivi. Les comportements du jeune (p. ex. avoir récemment consommé) et le rôle joué par la consommation de SPA dans leur placement (p. ex. fugues prolongées pour consommer ou criminalité associée à l'utilisation et la vente de drogues) influencera l'éducateur qui abordera davantage cette question ou qui axera prioritairement ces interventions sur cet aspect.

M : Est-ce que toi et ton éducateur discutez de ta consommation?

JF4: Ouin, souvent. C'est parce que moi, j'ai deux buts à régler, ma consommation et ma colère, quand j'pète des crises là.

La majorité des jeunes qui ont déjà parlé de leur consommation avec leur éducateur affirme être satisfaits de la façon avec laquelle ce sujet a été traité (12). Plusieurs points positifs de l'intervention réalisée par l'éducateur ont favorisé leur ouverture à la discussion.

Le thème le plus présent dans les récits des jeunes (mentionné par six participants) est la non-dramatisation de la situation par l'éducateur, qui vise un meilleur contrôle de la consommation et la réduction des méfaits. Cette façon de faire inclut encore un cadre exempt de jugement de valeurs, où l'éducateur n'impose pas son point de vue, et respecte t celui du jeune et ses choix.

JF3: Ben, il me demande là. Mettons, il sait que j'consomme ici parce que y'a déjà trouvé une pipe. Alors, on parle de ça là. On s'dit que c'est correct là. Il m'dit : « Comment peux-tu trouver des moyens pour ne pas trop consommer »? C'est ça là. On

en parle aussi pour me que j'sorte. Comme, un jour j'avais pouvoir avoir des sorties. Faut pas que j'consomme dans mes sorties et tout là, sinon ils me laisseront pu sortir.

En outre, quatre jeunes ont mentionné avoir apprécié les interventions directes et l'assurance de leur éducateur en abordant le sujet de usage des drogues. Cette dimension est discutée sans détours et ils se sentent à l'aise de partager leurs expériences de consommation. Quelques jeunes (3) aiment également quand l'éducateur est flexible, qu'il ne « focalise » pas seulement sur la consommation, qu'il n'insiste pas pour aborder ce sujet et qu'il travaille leurs problèmes de façon globale. Trois jeunes ont aimé la transparence de l'éducateur qui a exposé clairement toutes les règles relatives à la consommation de drogues pendant le placement, ce qui les a rassurés dans leur compréhension du milieu de vie. Enfin, deux jeunes soulignent la connaissance de l'éducateur, qu'elle soit théorique ou vécue, concernant les drogues, leurs effets et leurs conséquences.

Les propos de JB3 illustrent plusieurs de ces points forts appréciés des éducateurs (l'assurance, les règles claires et le respect du choix du jeune) :

M : Comment tu trouves ça la façon qu'elle aborde le sujet?

JB3 : Très correct. Elle les aborde d'une bonne manière. Elle est sûre d'elle, elle est correcte. T'sais, elle sait qu'est-ce qu'elle fait. Elle me dit comme c'est sûr si je te pogne à consommer ici, je vais te mettre en conséquence, mais si tu consommes la fin de semaine, je peux pas rien faire. T'sais, c'est ton choix à toi.

Parmi ceux qui ont parlé de leur consommation à leur éducateur, deux ont affirmé ne pas le faire volontairement, étant plutôt poussés par des pressions externes. Par exemple, JG1 s'est exprimé sur le sujet parce qu'il redoutait que l'adoption de comportements non collaborants pendant le placement affectent son dossier et sa remise en liberté.

M : Avec ton éduc de suivi, est-ce que tu parles de ta consommation?

JG1: Ouin, un peu. Mais, si j'parle pas, ils vont dire ça à la cour. La cour : « Ah, il prend pas les démarches positifs ». Pis là, ils vont m'donner plus de temps... pas plus de temps... le juge va dire : « Ah, criss, il va pas ben c'est affaire là-bas". Fait que, il va mettre plus de temps, il va mettre des affaires plus chiantes à avoir.

Bien que leur usage de drogues ait fait l'objet de discussion régulière avec leur éducateur, six jeunes se sont dits insatisfaits de la façon avec laquelle le sujet a été abordé. Par ailleurs, près du tiers des participants (7) n'en ont pas discuté avec leur éducateur. Bien qu'un d'entre eux n'ait pas encore eu le temps de rencontrer son éducateur (tout juste placé dans une unité d'encadrement intensif suite à une fugue), d'autres raisons expliquent ce silence ou cette insatisfaction de ces jeunes.

Quatre participants ont mentionné ne pas vouloir se confier au sujet de leur usage de SPA aux éducateurs étant donné que ce type de comportement, surtout dans les installations du centre, est passible de sanctions. D'ailleurs, même ceux qui se sont exprimés à ce sujet en présence de leur éducateur n'ont pas fait preuve d'une entière ouverture, évitant de dévoiler leur consommation dans le centre, notamment par peur de conséquences. Les jeunes semblent conscients du contexte d'autorité dans lequel travaillent les éducateurs ainsi que des mesures répressives qu'ils doivent parfois imposer en dépit de la relation établie avec eux. Ils ne sont pas non plus certains du niveau de confidentialité assuré par les éducateurs, ni de l'utilisation qu'ils puissent faire des informations qui sont partagées.

M : Qu'est-ce qui t'empêche de pousser plus les discussions avec elle?

JD4 : J'veux pas en parler avec mon éducatrice.

M : Pourquoi?

JD4 : Parce que ça va compliquer mes affaires.

M : Comment ça?

JD4 : J'sais pas. À mettons que j'veux sortir, elle va m'mettre sur surveillance. Elle va me dire... je sais pas. J'suis pas à l'aise avec elle.

Le manque d'intérêt des éducateurs a aussi été mentionné à quatre reprises. Certains participants affirment avoir rempli un questionnaire de dépistage visant à évaluer leur

profil de consommation, mais cette dimension n'a jamais été re-soulevée par les éducateurs, malgré le résultat obtenu (tous des cas de « feux jaune » selon la DEP-ADO). Comme ces derniers nient avoir un problème de consommation, ils estiment que cette discussion devrait être introduite par l'éducateur.

JD1 : Ils demandent pas des affaires précises. Ils me demandent juste, comme : « Est-ce que tu as déjà consommé dehors? » J'dis : « Oui ». Pis, après ça, ils te l'demandent plus. Ils te demandent pas si tu continues dans ta chambre, qu'est-ce que tu fais... Eux, ils sont juste wack là. Ils sont juste comme : « Viens m'en parler ». Moi, j'm'en fou de t'en parler là. Moi, j'vais juste passer mon temps. J'vais sortir et voilà. J'm'en fou là. C'est ton job de me demander ou d'essayer de me changer là. Moi, j'en ai rien à foutre de ce que tu fais. Mais eux, sont plus comme : « Si t'as besoin d'aide, viens me voir ». Je viendrai pas te voir. J'm'en fou d'toi. C'est juste ça.

Les propos de JD1 illustrent bien la complexité des interventions en toxicomanie dans un contexte d'autorité. La souplesse de l'éducateur en traitant de sujets non spécifiquement centrées sur la consommation est appréciée par les jeunes qui acceptent de s'ouvrir à leur éducateur de suivi. Cependant, pour les participants plus réfractaires et résistants à leur approche, l'absence d'intervention peut être comprise comme un manque d'intérêt de la part de l'éducateur, poussant ces jeunes à se fermer davantage.

D'autres raisons sont soulevées pour expliquer leur résistance à se dévoiler au sujet des SPA : l'éducateur relève d'un centre jeunesse et n'est donc pas « digne de confiance » (soulevé par deux jeunes), le jeune n'éprouve aucun problème de consommation selon l'éducateur ainsi que lui-même (deux jeunes) et finalement, l'attitude méfiante de l'éducateur (un jeune).

Les discussions entre jeunes et éducateurs, particulièrement avec l'éducateur de suivi ont été considérées comme des interventions « informelles », puisqu'elles sont habituellement réalisées dans le cadre de rencontres hebdomadaires et qu'elles ne possèdent généralement pas de structure préétablie. C'est dans la prochaine sous-section

de la seule intervention structurée disponible qui cible la consommation de SPA dans le CJM sera présentée.

5.1.3 Le « Groupe de réflexion sur les drogues »

L'approche du Groupe de réflexion sur les drogues³⁸ (GRD) est basée sur les principes de la réduction des méfaits et des interventions cognitivo-comportementales et s'adresse aux adolescents âgés de 14 à 18 ans. Le groupe consiste en huit rencontres hebdomadaires, d'une durée approximative d'une heure trente minutes, auxquelles assistent environ huit jeunes accompagnés de deux éducateurs (un animateur et un co-animateur). Il est généralement offert à tous les trois ou quatre mois. Lors de ces rencontres, plusieurs sujets en lien avec la consommation de SPA sont discutés tels que : les effets et conséquences de l'utilisation de diverses substances; les moyens à mettre en place pour diminuer les risques associés à l'usage de certaines drogues; les facteurs de risque et de protection pour le développement d'une dépendance; la gestion de la pression exercée par les pairs; les avantages et désavantages de la consommation; les motifs de l'usage des drogues; les alternatives à la consommation et les ressources disponibles pour les aider à mieux gérer leur consommation (Durocher, Pelletier, & Trudeau-LeBlanc, 2005).

Quoique les groupes puissent parfois être animés de façon « décroisée » (c.-à-d. que des jeunes placés dans différentes unités sont rassemblés), les activités observées dans le cadre de la présente recherche étaient animés par des éducateurs de l'unité de vie où sont placés tous les jeunes. Dans la majorité des unités observées, la participation des jeunes à cette activité clinique était fortement encouragée. Sans y être forcés, ceux qui ne souhaitaient pas adhérer au GRD devaient attendre dans leur chambre ou en jouant à des jeux de table la fin du groupe puisqu'aucune autre activité parallèle n'était généralement offerte. Les animateurs du GRD ont assisté à deux jours de formation organisés par le

³⁸ Conformément à ce qui a été mentionné dans le chapitre 3, toutes les unités de vie participantes à cette étude animaient cette activité au moment des observations. Nous ne connaissons pas le nombre d'unités de vie au CJ qui offraient le GRD périodiquement au moment de la recherche, mais les dirigeants du CJM ont déclaré organiser fréquemment des formations pour les éducateurs afin de que toutes les unités soient outillées pour proposer cette activité le plus rapidement possible.

CJM et ont aussi eu la possibilité d'être supervisés par des intervenants plus expérimentés en toxicomanie afin de perfectionner leurs habiletés à intervenir.

La majorité des jeunes interviewés participaient au GRD au moment de l'entrevue ou y avaient récemment participé. Seuls quelques-uns (6) n'ont pu se joindre aux rencontres étant donné la fin imminente du placement au moment même où un nouveau groupe commençait ou à cause d'un conflit d'horaire (une autre activité « plus importante » pour le jeune ou une permission de sortie à l'extérieur du centre avaient lieu au même moment). De façon générale, l'activité était bien acceptée. Ainsi, la majorité des participants a pu souligner tant des points forts que des points faibles, bien qu'un tiers des jeunes exprimaient une évaluation plutôt négative du GRD.

Le point fort le plus fréquemment cité par les participants a été le caractère informatif de l'intervention (mentionné par 11 jeunes). Les jeunes ont trouvé utile de connaître les effets des drogues et de leur combinaison sur le corps humain, ainsi que les ressources en toxicomanie disponibles à l'extérieur du CJ. Certains ont ajouté que cette conscience des effets nuisibles des SPA et des dangers de consommer un cocktail de différentes substances pourrait en dissuader quelques-uns à faire usage de certaines drogues.

JD4 : Moi, j'trouve ça bien. Ça motive aux gars de pas consommer parce qu'ils vont poser des questions sur comment c'est fait la drogue, quelles conneries ils mettent là-dedans. C'est ça, les gars vont se dire : « Qu'est-ce que j'prends là! Qu'est-ce que j'suis en train de prendre! » Comme ça, ça va motiver aux personnes à arrêter.

De plus, cinq participants ont apprécié cette activité parce qu'elle permettait des moments de réflexion personnelle et favorisait le partage de points de vue avec les animateurs et les pairs : *JA10 : J'apprends des choses pis eux autres apprennent des choses de moé.*

Par ailleurs, les caractéristiques des animateurs ont joué un rôle dans la satisfaction de quelques jeunes, soit de par l'étonnement suscité par les nombreuses connaissances des

animateurs concernant les drogues (pour un jeune), soit en favorisant leur ouverture (pour deux jeunes). Nous reviendrons plus loin dans ce chapitre sur ce thème.

JD1 : C'était bon. Ça montrait des affaires que j'savais pas. Pis, apprendre des nouvelles choses, comme quel effet va faire avec quoi pis c'est ça. Ça te montre comment penser pour avoir une solution, plutôt que de juste tourner en rond. C'est des bons affaires ça. Pis, en plus, Ana (l'animatrice) fait le cours, fait que c'est déjà un plus. Si c'était quelqu'un d'autre, comme Samantha (une autre éducatrice), j'irais pas.

Les jeunes ont aussi souligné quelques points faibles du GRD. Certains (quatre) percevaient la participation comme étant « obligatoire » et cela semblait les déplaire.

JB3 : On est obligé. Moi j'aurais dit non, parce que je veux pas d'aide pour m'aider à arrêter ma consommation pis ils nous obligent à venir. Pis si on vient pas, on se fait donner des conséquences, fak je suis obligé de venir.

Par ailleurs, la quantité d'informations sur les drogues présentées dans le cadre de cette activité, tantôt évaluée positivement, a aussi été considérée par quatre participants comme exagérée ou dispensable. Ces derniers affirmaient déjà connaître ces informations et ont qualifié l'activité d'ennuyeuse.

JB3 C'est plate parce que je connais quasiment tout de ça. C'est sûr je vais apprendre des choses, mais pourquoi apprendre plus de choses sur la drogue? Tandis que je sais déjà assez. T'sais, je veux pas être un bollé là-dedans là.

Cinq jeunes considéraient l'activité « trop longue » et l'ambiance plutôt ennuyeuse.

JE1 : Ben, y'a pas ben ben de gars qui répondent à ça. C'est toujours des questions sur le tableau qui n'ont comme pas de sens ou des affaires de même : Comment le hachich est fait? Comment le crack est fait? Ces affaires-là. C'est des affaires que moi, j'connaisais déjà et qu'on les pose. (...) ... les gars s'ennuient aussi. J'le sais là. J'vois leur face, ils sont comme ça et ils regardent même pas l'éduc faire ses affaires. Ils jouent avec leurs mains et ils font plein d'affaires.

Finalement, deux jeunes se sont plaints du manque de qualification des animateurs :
JB2: Ils sont perdus, ils savent pas quoi dire. Faut qu'elle lit pour savoir quoi dire. Ils sont pas faits pour ça.

Il importe de mentionner qu'indépendamment du fait d'apprécier ou non le GRD, neuf jeunes ont déclaré ne pas se sentir personnellement concernés par l'activité et qu'il participaient parce que les passe-temps alternatifs ne leur plaisaient pas (p. ex. rester dans la chambre, jouer à des jeux de table, etc.) : *JD7 : Si tu y vas pas, tu restes en chambre. Pis, deux heures, c'est long. Faque, j'veux pas rester en chambre, j'veis aller là.*

D'après certains, l'activité ne s'adressait pas à eux puisqu'elle ciblait les jeunes ayant une consommation problématique, ce qui, selon eux, n'était pas leur cas. Ainsi, ils questionnaient l'utilité de leur participation ainsi que les gains qu'ils pourraient en retirer.

JC5 : Y'a déjà eu des p'tites activités toxico. Mais, ça m'aide pas la toxico. (...) ça me regarde pu vraiment parce que j'suis capable de gérer ma consommation. J'ai une tête sur les deux épaules. C'est pas parce que j'fume que j'suis rendu cellule pis que j'pense pu à qu'est-ce que j'fais pis que j'fume pis que j'me gèle la face jusqu'à temps que j'vois pu rien en avant de moi. Non. C'est, genre, une consommation modérée. (...) Ça faisait plus perde le temps à ceux qui consommaient pas beaucoup.

À l'inverse, d'autres croyaient que le GRD était davantage destiné aux jeunes ayant une faible consommation. Les « vrais consommateurs », comme eux, connaissaient déjà toutes les informations présentées et ne se sentaient pas non plus concernés par le groupe, même qu'il était perçu comme une perte de temps. Le caractère obligatoire de l'activité (d'après leur point de vue) est perçu négativement, particulièrement pour les jeunes qui avaient déjà participé au GRD lors d'un placement antérieur.

JB2 : Par rapport à ma consommation, ben il y a l'affaire là, toxico là (il parle du GRD), le jeudi. Mais ça, ça l'explique qu'est-ce que ça fait. Ça parle pas des consommateurs. Ça dit qu'elle drogue c'est quoi pis qu'est-ce que ça fait. Mais il y a pas d'activités pour les consommateurs en tant que tel. (...) Mais comme, ils disent d'aller chercher de l'aide, ça c'est bien là. Pis ils pourraient peut-être expliquer pourquoi tu consommes pis... c'est quoi les motifs.

5.1.4 Les traitements spécialisés de la toxicomanie

En discutant des interventions en toxicomanie disponibles au centre, certains ont mentionné les programmes de traitement offerts à l'interne (12). Conformément au chapitre trois, seuls trois jeunes ont déjà reçu ce type de services (des communautés thérapeutiques dans tous les cas) et ils gardent des souvenirs plutôt négatifs de cette expérience qu'ils ne souhaitent pas revivre. Ces participants soulignaient surtout les approches coercitives privilégiées dans certains milieux de traitement et le fait que « les intervenants » soient de jeunes ex-toxicomanes. Les propos de JF4 illustrent bien l'opinion des jeunes interviewés à ce propos.

JF4 : Fait que, c'est là que j'ai voulu faire ma première thérapie de désintox. J'ai été (nom de l'endroit) pis j'ai resté là deux semaines. Ça marchait pas parce c'était confrontation. Fait que, j'suis parti, j'aimais pas ça. Pis, quand ça marche confrontation, j'aime pas ben ben ça. (...) ... tu te fais presque crier à près par un jeune, mais t'as pas l'droit de rien faire là, faut que t'écoutes là, ils t'cassent le mental pour t'en refaire un autre.

D'ailleurs, même si certains (6) se sont faits suggérer ce type d'intervention par les éducateurs, la grande majorité n'étaient pas ouverts à s'y engager (26). De plus, ceux qui n'avaient jamais suivi de tel traitement déclaraient ne pas avoir besoin d'une intervention spécialisée pour contrôler leur consommation : *JE8 : On me l'a proposé (le traitement), mais j'ai dit non. Parce que je peux la (sa consommation) contrôler tout seul.*

Un seul participant ayant été précédemment traité dans une communauté thérapeutique espérait pouvoir y retourner, malgré l'échec apparent de son premier essai. JG1 est un

jeune contrevenant polyconsommateur de drogues (crack et cocaïne entre autres) qui affirme avoir déjà été référé par le CJ, lors de ses placements antérieurs, à une communauté thérapeutique pour une désintoxication et un traitement. Selon lui, comme il a fugué peu de temps après ce transfert, cette option n'est plus envisagée par les éducateurs, et ce, malgré sa motivation au traitement.

JG1 : Ils m'ont emmené en transport là-bas. J'suis resté deux jours. J'ai regardé et j'me suis dit : « Non, c'est pas pour moi ça », pis j'suis parti. Ben là, j'leur ai demandé de y'aller, mais ils veulent pas. Ils m'disent : « Non, non, non, non, tu vas fuguer, tu vas fuguer ». J'vais pas fuguer là.

Par ailleurs, deux jeunes ont fait référence à leur brève participation à des groupes d'entraide qui s'est avérée insatisfaisante. Ils ne se sentaient pas à leur place dans ces groupes, ne croyaient pas aux approches d'intervention préconisées (notamment la dimension spirituelle) et n'aimaient pas la dynamique des rencontres.

JC6 : La rencontre est peu activée. Tu m'poses des questions et j'y réponds... mais t'sais, les affaires où tu t'assois sur une chaise : « Bonjour à tous, comment allez-vous, aujourd'hui, vous là, Madame » Elle répond : « Ah, bonjour. Moi, ça va bien aujourd'hui. Je suis dépendante à l'alcool et à la drogue ». « Ben, merci de vous confessionaliser à moi Madame. Aujourd'hui on est à la NA... » Ah, esti, j'suis pas capable de ça là.

La possibilité d'un suivi spécialisé en toxicomanie à l'externe a été la plus nommée (20) et la plus populaire auprès des jeunes. D'ailleurs, cinq jeunes en protection de la jeunesse étaient, au moment de l'entrevue, suivis dans un centre de traitement suite à une référence des éducateurs ou d'intervenants scolaires. Outre les participants réfractaires à toutes interventions pour leur toxicomanie, certains refusaient le traitement à l'interne, mais se disaient prêts pour une thérapie externe. En général, ils semblaient trouver ce type de traitement moins restrictif en termes de liberté, moins coercitif, davantage personnalisé et sans dimension spirituelle (ou religieuse). C'est notamment le cas de JA1 :

JAI: Oui, elle (l'intervenante en toxicomanie) est pour l'interne. Mais a m'a dit « c'est ton choix, c'est toi qui décide, mais moi j'te dis c'est sûr que t'en aurais besoin pis qu'ça t'ferait du bien ». Mais... c'est quelque chose que j'aime pas, c'est quelque chose que j'suis pas prêt à vivre encore en tout cas. Ça c'est sûr. Mais pour c'qui est d'la thérapie externe, t'sais comme là on est tout seul, j'suis avec une personne, j'suis confortable à parler, pas d'problème. Mais aussitôt qu'y va avoir 2-3 personnes de plus là, ishh. (...) ... j'pas capable, pis t'sais c't'une thérapie croyant pis moi Jésus, j'crois pas à ça personnellement, pis t'sais à chaque jour tu fais une prière, à chaque soir avant de t'coucher tu fais une prière... t'sais c'est toute des raisons d'même. C'est de petites raisons, mais qui sont grosses pour moi.

Les cinq jeunes qui ont suivi un traitement à l'externe ont tous été satisfaits de leur expérience. Le respect du rythme du jeune, l'acceptation de la possibilité de rechute, la suggestion de stratégies de changement adaptées au profil et aux besoins du jeune et la relation établie avec l'intervenant ont été mentionnés comme les aspects les plus appréciés. Plus encore, deux jeunes forcés à entamer ces démarches ont, après un certain temps, commencé à apprécier ces rencontres avec l'intervenant et le traitement a tranquillement fait sens dans leur vie.

JCI : Ben, au début, parce qu'on m'a forcé. Mais, après 1 an et demi... non, après 2 ans... non... même pas, après 2 ans et demi ou trois ans... j'ai commencé à l'écouter un peu, mais j'arrêtais pas de consommer. Mais, j'l'écoutais, au moins. L'année passée, j'ai commencé à l'écouter. J'essayais de mettre ses trucs. Pis, ça marchait, ça marchait pas. Comme quand tu essayes d'arrêter de fumer la smoke, tu vas réussir et d'autres moments, tu vas rechuter. Pis, ça fait la même chose. Faut juste que tu sois réceptif.

Par ailleurs, les participants placés dans les unités fermées (13) n'avaient pas accès aux programmes de traitement pendant leur placement. Plus de la moitié de ces jeunes (7) se disaient ouverts à s'engager dans une thérapie externe pour leur toxicomanie, indépendamment de leur expérience antérieure avec ce type de traitement. Pour trois d'entre eux, des contraintes externes (une ordonnance judiciaire par exemple) joueraient favorablement sur leur motivation au traitement.

JF2 : Ben là, j'veais à une affaire (nom du centre de traitement) là. (Les intervenants) sont venus me rencontrer eux autres même. Parce que Maria (son éducatrice de suivi) leur a dit que c'était bon qui viennent me voir. Pis là, ils recommandent que j'aïlle les voir à l'extérieur, à leur bureau.

M : Pis, tu vas y aller?

JF2: Ouais, ouais. Parce que moi, j'veulais sortir... j'veulais pas qu'ils m'envoient d'l'autre bord en PJ. J'veulais qui m'renvoie dehors, pis (le traitement) c'est un plus que j'avais pour aller dehors. J'veais leur dire que j'veais à (nom du centre de traitement) et bla-bla-bla. Je vais l'utiliser à mon avantage pour sortir d'ici.

Dans ce dernier extrait d'entrevue, JF2 fait référence à un partenariat, récemment mis en place au moment de notre passage dans les unités fermées, entre le CJM et un centre de traitement de la toxicomanie. Ce centre déployait des intervenants dans le CJM afin qu'ils évaluent la consommation de SPA des jeunes ciblés par les éducateurs comme ayant des problèmes avec les drogues. Plusieurs participants ont spontanément parlé de leur expérience avec ces intervenants, tout en se montrant assez ouverts à ce type d'intervention. De plus, tous ont déclaré prévoir s'impliquer dans un traitement externe lors de leur sortie.

JE1 : Ben, en sortant d'ici... j'me suis pris en main. J'suis dans la liste d'attente de (nom du centre de traitement). Y'a un monsieur qui venait me rencontrer à chaque semaine environ. Il m'a fait faire un test. Il m'a dit que j'suis sur la liste d'attente, pis j'veais voir une criminologue.

En fait, les possibilités d'accès à un traitement de la toxicomanie varient beaucoup dépendamment de l'intensité d'encadrement dans lequel le jeune est placé. Dans les unités ouvertes ou d'encadrement dynamique élevé les jeunes peuvent plus facilement participer à ce type de traitement tout au long de leur placement et même au-delà. Cela n'est pas le cas pour ceux placés dans les unités fermées. L'absence d'interventions spécialisées à l'intérieur du centre et les difficultés pratiques entourant les déplacements vers des ressources externes laissent ces jeunes consommateurs sans option de traitement pour leurs problèmes de consommation et cela, indépendamment de leur motivation.

5.2 L'ouverture envers les éducateurs

D'après les analyses, l'ouverture envers les interventions des éducateurs semble souvent reliée à la perception que les jeunes entretiennent des éducateurs qui les exécutent. Que ce soit l'éducateur qui impose une sanction, qui anime une activité, qui conseille ou qui formule des demandes, en lien ou non avec la consommation, dans tous les cas, c'est la perception de l'éducateur en tant que « personne » qui semble jouer un rôle essentiel sur l'ouverture à l'intervention. Cet aspect interpersonnel a été observé dans plusieurs déclarations des jeunes concernant différents types d'interventions menées en CJ.

JC6 : (Son ancien éducateur) Y'est fou, il pensait que j'étais pour changer mes comportements.

M : Pis, tu voulais pas changer tes comportements?

JC6 : Pas pour lui! Malgré que d'autres personnes me l'ont demandé, mais c'était lui mon éducateur. Vas en enfer, sérieux.

(...) Mais là, j'me suis retrouvé ici. Mais (son éducatrice actuelle) est chill. Ça me tente pas de la faire chier.

Dans le même sens, quatre jeunes ont déclaré fréquenter le GRD étant donné le caractère sympathique et agréable de l'éducateur en charge de l'animation. Un jeune plutôt réfractaire aux interventions en toxicomanie a malgré tout avoué apprécier les conseils de son éducatrice de suivi avec qui il a développé une relation de confiance.

JB3: Parce que moi je me suis toujours dit que si je veux faire de quoi, selon ma consommation, si jamais je veux arrêter, je vais essayer d'arrêter par moi-même. Je ne veux pas personne qui m'aide. Déjà que, t'sais, comme (son éducatrice de suivi) elle, elle m'aide à m'améliorer pour que je sorte d'ici. Pis je l'accepte son aide, mais d'habitude, je l'aurais pas accepté son aide. Mais c'est parce que je l'aime beaucoup Sonia. C'est une belle personne en dedans d'elle. Elle est gentille.

5.2.1 L'ouverture envers l'éducateur de suivi

De fait, la relation établie entre le jeune et son éducateur de suivi semble avoir une influence importante sur l'ouverture des participants envers tous types d'intervention ayant lieu pendant le placement et un impact non négligeable sur le déroulement du placement en général. Cela ne signifie pas que les jeunes qui ont développé une bonne relation avec leur éducateur de suivi sont les plus dociles, obéissants et coopératifs. En fait, d'après les observations, certains de ces jeunes défiaient les règlements et orientations mis de l'avant par les éducateurs. À titre d'exemple, citons un jeune qui a taxé un autre adolescent lors d'une sortie autorisée, un qui consommait du cannabis quotidiennement dans sa chambre et deux autres qui fuyaient du CJ à répétition. Quoiqu'il en soit, parmi ces jeunes qui considéraient entretenir un bon lien avec leur éducateur de suivi, aucun n'a exprimé de violence ou d'agressivité envers les éducateurs au moment des observations. Ces jeunes défiaient l'autorité mais sans arrogance. De plus, la majorité se disait relativement à l'aise de parler de leur usage de drogues avec leur éducateur (bien que certains évitaient de mentionner leurs habitudes de consommation dans les installations du centre). Cette ouverture n'était pas associée à la fréquence des discussions sur la consommation, mais à d'autres facteurs comme la nécessité, aux yeux du jeune et de l'éducateur, de prioriser des interventions orientées vers la toxicomanie.

La majorité des jeunes interviewés (19) nous ont parlé des relations interpersonnelles positives qui les incitaient à démontrer au moins une certaine ouverture envers les interventions de leur éducateur de suivi, même s'ils n'étaient pas toujours prêts à suivre leurs conseils et orientations. Lorsque les jeunes parlaient de « relations positives » ou de « bonnes relations » avec leurs éducateurs, nous avons remarqué qu'ils faisaient référence à une relation basée sur la confiance (minimalement celle du jeune envers l'éducateur), le respect (de l'éducateur envers les jeunes en tant que personne et envers leurs points de vue), l'ouverture (les jeunes étaient à l'aise de partager, au moins en partie, leur vécu avec l'éducateur) et l'écoute (une écoute attentive mutuelle). En général, ces jeunes se sentaient soutenus par l'éducateur, qui, selon eux, « faisait bien son travail ».

Aux yeux des participants, ce sont les caractéristiques de l'éducateur qui ont contribué à développer cette relation positive. Parmi celles les plus fréquemment mentionnées se trouvent la « disponibilité » et l'« intérêt » envers le jeune. Concrètement, les éducateurs qui étaient aimés des jeunes prenaient le temps de discuter avec eux en dehors des rencontres hebdomadaires, par exemple si une situation spécifique avait lieu ou à la demande des jeunes.

JE8 : Quand j'ai des rencontres avec elle, ça va pas durer 5-10 minutes comme mes anciens éducateurs. Elle prend le temps de m'expliquer qu'est-ce qui se dit au comité à propos de moi. Elle prend le temps de m'lire les feuilles que les éducateurs écrivent dans l'cahier. Elle me l'montre. Elle m'dit : « C'est ça qui est écrit sur toi. Alors, qu'est-ce que t'en penses? » Elle me montre les vraies choses. C'est la première éducatrice qui prend la peine de me montrer c'que les éducateurs écrivent dans mon cahier. Normalement, les jeunes n'ont pas l'droit de regarder ça. J'trouve que c'est la meilleure éducatrice que j'ai eu.

Dans le même sens, les participants valorisaient la démonstration d'une attention authentique envers leur histoire, intérêts et situations de vie, leurs amis et leur famille, leurs besoins primordiaux et leur bien-être et évidemment, les conditions associées à la fin de leur placement. Cet intérêt de l'éducateur faisait sentir au jeune qu'il était important à ses yeux et renforçait encore plus leurs liens.

JF4 : Lui, c'est une très bonne personne. (...). T'sais, s'il voit que tu ne «feeles pas», il va venir te chercher : « Veux-tu parler 5 minutes? » ou lui, quand on va lui demander une question, il va aller la poser aux bonnes personnes. (...) J'sais pas... y'a une belle approche avec les jeunes. Il viendra pas t'crier à près, il dira pas : « Criss ton camp dans ton condo ». Au pire des pires, si ça va vraiment mal... comme moi, des fois, il vient m'chercher : « Viens-t-en, on va aller fumer une cigarette dehors, s'parler 5 minutes », ou on va manger icitte, en chambre, ensemble pis on va parler...

La constance, la cohérence et discrétion de l'éducateur dans ses interventions contribuaient à l'établissement d'une relation de confiance. En fait, les jeunes apprécient

beaucoup les éducateurs qui sont à l'écoute quand ils en ont besoin, comme le déclare JA10 : *Elle est tout le temps à l'écoute pour moi.*

Les éducateurs qui font preuve d'empathie et de compréhension face à la réalité du jeune sont aussi très valorisés. Une approche libre de jugements (que ce soit envers l'usage de drogues ou d'autres comportements « punissables ») favoriserait une relation moins hiérarchique entre le jeune et l'éducateur et en retour, l'expression d'une plus grande ouverture du jeune face à l'éducateur et ses interventions.

JB4 : Ben quand que j'ai des discussions avec elle, j'aime ben parce qu'elle me critique pas de un (...) j'aime ben les conversations que j'ai avec elle parce que, à place de chercher, comme certains le font, à avoir le dessus dans les conversations, elle, elle se met comme si en ce moment, je suis en train de parler avec un ami pis là, elle écoute pis elle répond. T'sais, elle va pas dire « ah t'sais ta consommation, tu sais que ça pourrait devenir un problème » ou blablabla. Jamais elle va pas dire que c'est un problème. Jamais, jamais, jamais, jamais, jamais, jamais.

L'imposition de limites claires, l'assurance et l'expérience de l'éducateur au moment de l'intervention sont également des facteurs considérés par les jeunes comme responsables de leur ouverture. En fait, une approche qui mélange à la fois la compréhension, l'intérêt, l'imposition de limites et même de sanctions considérées pertinentes, est qualifiée par certains jeunes d'« approche maternelle ». À leurs yeux, un éducateur de suivi à la fois « compréhensif » et « exigeant » joue, dans une certaine mesure, un rôle parental pendant leur placement et cela semble plutôt apprécié.

JC1 : Mon éducatrice est compréhensible. Tant qu'à moi, mon éducatrice, c'est la plus chiant. Mais, en même temps, c'est celle qui comprend le plus les jeunes. Pis, si tu vas bien, elle va te récompenser pis en osti qu'elle va te récompenser. On dirait, comme, une mère.

Toutefois, trois jeunes qui affirmaient être ouverts et entretenir une bonne relation avec leurs éducateurs de suivi se sont plaints de leurs attitudes parfois autoritaires, de leur

rigidité dans l'application du code de vie de l'unité et des sanctions plutôt exagérées qu'ils utilisent. Cette attitude des éducateurs freinait leur envie de se dévoiler par crainte de leur réaction.

JAI: C't'un très bon éducateur, t'sais ça fait longtemps qui est dans l'métier, y sait comment ça marche. Pis j'trouve que c'est un bon gars pis y m'aide beaucoup quand même t'sais même si...des fois y m'fait chier là... Parce qu'y m'parle d'une façon que... que mettons y connaît la réponse tout le temps. J'sais pas si tu comprends c'que j'veux dire là. Mettons qu'y m'dit « t'as fait ça pour ça, parce que ça ». Ben, moi j'vais dire « non, j'ai fait ça parce que ça ». Lui y va dire « non, moé je l'sais, c'est t'as fait ça pour ça ». Pis ça c't'une affaire que j'aime pas, mais faut j'vive avec quand même...

Il importe de noter que dans certains cas (5), les jeunes soulignaient une nette amélioration de leur relation avec l'éducateur de suivi pendant leur placement. Au départ, s'ils étaient méfiants et incertains de l'attitude des éducateurs, ils ont finalement découvert, au fil du placement, leurs caractéristiques personnelles, leur intérêt et leurs attitudes compréhensives et aidantes qui ont changé la nature de leur relation.

JA4: Au début, non, mais maintenant ouais, j'ai appris à la connaître pis j'y fais confiance. Je sais pas vraiment, je sais pas comment le dire, mais je suis capable d'y faire confiance, je sais qu'elle me trahira pas pis toute. C'est ça que j'aime, ça je sais qu'elle me trahira pas.

À l'inverse, certains jeunes (8) ne voyaient aucune possibilité d'établir une étroite relation positive avec leur éducateur de suivi. Ils se sentaient forcés de rencontrer leur éducateur, d'élaborer des plans d'intervention et d'entreprendre certaines démarches visant à favoriser leur libération dans les plus brefs délais. Néanmoins, contrairement aux jeunes mentionnés précédemment, ces derniers ne percevaient cette relation comme « aidante » d'aucune façon. Pour eux, l'éducateur de suivi entraînait dans la même catégorie que toutes les autres circonstances contraignantes auxquelles ils devaient faire face pendant leur placement en centre de réadaptation. Ces jeunes semblaient plutôt conformistes face aux interventions, en comparaison aux jeunes dont ils étaient question

ci-haut qui paraissaient plus « actif » dans le processus de réadaptation. C'est ce qu'illustrent les propos de JD3 : *Si tu respectes les règles et tu marches assez bien, ton temps va passer. Si t'es à tes affaires, personne va t'emmerder.* Les facteurs qui différencient ces jeunes des groupes précédents seront discutés plus loin (voir la section 5.3).

En tentant de nous faire comprendre les raisons qui expliqueraient ce manque d'ouverture les participants ont mentionné plusieurs caractéristiques et attitudes attribuées à l'éducateur de suivi, la plupart étant associées au rôle d'autorité qu'il doit jouer. Ainsi, les adolescents méprisaient particulièrement les éducateurs qui, à leurs yeux, privilégiaient une relation de pouvoir basée sur la soumission aux règlements, à leurs interventions ou leurs orientations.

JD1 : Elle est plus comme : « JD1 pourquoi tu ne veux pas travailler? ». Moi, j'suis comme : « Parce que j'veux pas ». Elle est comme : « J'veux que tu travailles plus. Si tu travailles pu, j'vais appeler ton délégué », pis moi, je refuse la plupart du temps. C'est comme, elle tire un fil qui est attaché à un nœud quelque part d'autre. Tu peux pas vraiment tirer, sauf que plus que tu serres un bouton, plus que ça lâche. Tu comprends? (...) ... elle se concentre sur des affaires que, elle, elle pense importantes pour moi. Comme, de rester poli. Ça, j'en ai rien à foutre de rester poli, moi. Elle pense que c'est important pour moi. J'en ai rien à foutre là. J'suis très poli... ben, pas avec eux, des fois, parce qu'ils m'énervent.

Les éducateurs qui intervenaient d'une façon perçue comme contraignante et intimidante, qui avaient l'habitude de « faire la morale », qui portaient des jugements de valeur sur les comportements des jeunes et qui leur mettaient de la pression pour qu'un changement soit apporté n'étaient pas appréciés. , Ainsi, en voulant éviter des situations perçues comme basées sur la confrontation et le reproche, les adolescents évitaient le plus possible d'entrer en contact avec l'éducateur et limitaient les sujets de discussion à des questions pratiques relatives au placement. JA3 et JC6 exposent leurs perceptions face aux pressions et interventions moralisantes mises de l'avant par les éducateurs.

JA3 : Ça t'aide pas à changer ça, t'sais, c'est juste... on dirait que ça aggrave ton cas. T'sais quand tu mets de la pression sur un jeune qui a déjà des difficultés, t'sais ça l'aide pas à régler ses problèmes.

JC6 : Il parle trop. Il parle trop. Il fait trop la morale, le psychologue. Aye, si j'en veux un psychologue, j'veais m'en procurer un là. J'ai pas d'besoin d'un personnel là. Y'est toujours là, à expliquer les choses comme si c'était la fin du monde : « Ah, JC6, là, il s'est passé une situation. » Tension!!! Aye, ta gueule, ta gueule, ta gueule. Hostie qui m'énervait Marco (son ancien éducateur de suivi). Il demandait de changer mes comportements. Pfff, tu sais-tu ce que j'lui répondais réellement : « Ouais ouais, j'veais changer mes comportements. C'est bon. » (Rire) Y'est fou, il pensait que j'étais pour changer mes comportements.

En général, quand un jeune sentait que la relation avec son éducateur était de nature « autoritaire », il ne parvenait pas à développer une confiance envers ce dernier. De plus, il le percevait comme peu compréhensif, faisant preuve de peu d'empathie, peu disponible, peu intéressé à son égard et trop souvent porté à imposer des sanctions. Cette dynamique est dite peu propice à des confidences à propos de soi, de ses sentiments ou de sa vie, à moins de vouloir en retirer une gratification quelconque (une sortie spéciale par exemple).

JE6 : Parce que c'est pas quelqu'un avec qui j'veais tisser des liens. C'est quelqu'un que tu peux aimer pendant 2-3 minutes pis après il va te retirer et tu vas l'détester. Tu peux pas aimer ce genre de personne là.

De surcroît, le manque de discrétion de la part de certains éducateurs pour la vie privée des jeunes leur inspire des sentiments de désespoir et de haine.

JC6 : Aller chercher les sentiments et les utiliser... parce que, souvent, les éducateurs qui font ça... mettons : « Aye, Jérémie, t'as eu des problèmes avec ta mère en fin d'semaine. Essayes de pas le reprendre sur tous les gens ». Ça, c'est quelque chose qui fait : « Elle est où la chaise que j'y tabasse dessus ». Mais, sinon d'autre que c'est : « Ah, t'es rendu ici parce que tu es esti de «wannabe»... tatati tatata ». T'as juste le goût de dire : « Aye!

Ça te tentes-tu que le ,«wannabe» te donne une claque sa gueule? »

Par ailleurs, en plus des relations avec les éducateurs de suivi, la majorité des jeunes sont capables de tisser des liens avec les autres éducateurs de l'unité, étant donné leur présence constante et intensive dans leur quotidien.

5.2.2 L'ouverture envers les éducateurs en général

Pendant les entrevues, la plupart des participants (15) ont mentionné certains aspects de leur relation avec les autres éducateurs de l'unité et avec qui ils avaient développé une certaine proximité. Pour trois jeunes qui n'avaient pas tissé de liens très proches avec leur éducateur de suivi, une affinité a pu s'établir avec un autre éducateur de l'équipe avec qui il partageait les mêmes intérêts (p. ex. la musique). Parfois, un premier contact lors de discussions plutôt informelles pendant les pauses ou les activités récréatives était suffisant pour établir une relation de confiance qui pouvait favoriser l'ouverture du jeune envers les interventions de cet éducateur.

JB1 : Ah ben, y'avait une éduc qui était cool là, qu'on s'entendait bien là t'sais. Qu'on avait un peu les mêmes goûts pis qu'on pouvait parler des vraies choses. T'sais sans que ça soit une relation genre « centre jeunesse » là genre. T'sais vraiment comme... Vas en retrait, tatati, parles-moi pas de drogue, parles-moi pas de sexe, parles-moi pas de... T'sais parce qu'ici y'ont comme plein de restrictions sur les discussions pis toute là t'sais. Avec elle, t'sais, je pouvais parler de t'sais ce qui se passait là. Pis c'était correct là.

Un tiers des jeunes affirmaient avoir une relation positive avec la majorité des éducateurs de leur unité. Ils se pliaient au rôle d'autorité des éducateurs et à la nécessité de respecter les règles pour éviter les sanctions et autres problèmes pendant le placement.

JE1 : Boff, ici, j'fais c'que j'ai à faire. Y'a pas ben ben d'intervention qui se fait sur moi. Moi, j'suis un gars que quand un éduc dit quelque chose, moi, j'le fais. Moi, on ne me retire jamais. J'suis toujours sur le plancher et j'fais c'que j'ai à faire. C'te mois-ci, j'vais avoir des provisoires. J'vais pouvoir sortir. Mon temps va passer plus vite. J'vais être libéré. Tout l'monde va m'oublier, that's it! La seule personne avec qui j'ai affaire c'est avec mon éducatrice en suivi. C'est elle qui m'aide dans mes démarches et tout. Les autres éducateurs, j'fais juste demander c'est quoi leurs demandes. S'ils disent : « Allez tous dans vos chambres », moi, j'vais dans ma chambre. J'vais pas m'obstiner ou des affaires de mêmes.

Certains participants (7) ont démontré une résistance face à l'approche de deux types d'éducateurs : les éducateurs remplaçants et les éducateurs très jeunes. Par rapport aux premiers, les jeunes se plaignaient du manque de confidentialité de leurs dossiers et du fait que ces professionnels ne les connaissent pas et n'étaient pas au courant du fonctionnement de l'unité tout en ayant l'autorité d'intervenir sur eux.

JAI0 : Ben je trouve ça un peu bizarre parce que le monde viennent, y lisent ton dossier, y repartent, y reviennent, y repartent... Y'a des éducateurs que tu vois une fois dans l'année ou peut-être 2 pis que... t'sais je veux dire... c'est pas quelque chose de normal à vivre parce que c'est comme si tu avais toujours comme quelqu'un qui te surveille de différent, fait que c'est comme pas habituel.

Les éducateurs très jeunes (étant parfois âgés de seulement deux ou trois années de plus que les adolescents de l'unité) étaient souvent perçus comme les plus autoritaires et les moins compréhensifs, ce qui, d'après les jeunes de l'unité, reflétait leur insécurité au travail.

JA3 : Ça me fait chier des fois parce que y'a des éducateurs qui sont jeunes, ils ont quasiment 7 ans de plus que moi. T'sais j'ai des amis qui sont aussi dans cet âge là. T'sais pis y'en a qui ont 7 ans de plus que moi pis a m'envoyait en retrait pour des affaires niaiseuses.

En fait, quand les jeunes nous parlaient de ce qui leur déplaisait dans leurs relations avec les éducateurs en général, c'est l'aspect de l'« autorité » qui est ressorti le plus souvent. La façon d'utiliser cette autorité semble un critère déterminant pour les jeunes dans le choix des éducateurs avec qui ils établiraient une relation.

JF2 : Les éducateurs, ça dépend lesquels. Y'en a qui sont cool, y'en a qui sont vraiment laids là. (...) Y'en a que les règles pour eux c'est pas là l'importance. C'est plus de savoir-vivre. Ils laissent plein d'affaires passer. Ils nous laissent nous amuser entre nous autres. Ils ne font pas juste nous superviser pis y'embarquent dans le groupe avec nous autres. Ils s'intègrent comme étant un jeune. Ils font des affaires avec nous autres. Ils jouent au sport avec nous autres. Eux sont cool. Mais ceux qui sont là : « Ah, la règle c'est ça, bla-bla-bla », pis qui chialent sur tout, c'est pas agréable. Tu veux qu'ici ça l'aille bien. Tu veux que les jeunes on aille bien, mais t'sais, fait pas chier tout l'temps. Aides-moi à c'que ça l'aille bien.

Plusieurs jeunes (12) ont déclaré que les éducateurs en général avaient tendance à utiliser le retrait en chambre comme sanction pour à peu près tous les comportements inadéquats. Cette pratique était considérée abusive, et cela a été particulièrement noté chez les jeunes contrevenants.

JD1 : J'aime ça parce qu'ils m'énervent trop. Tout ce qu'ils font m'énerve. Comme, j'sais pas, j'm'assis pis j'vois une intervention qu'ils vont faire sur un gars qui... un gars calme là... comme, un gars qui ferait pas ça d'habitude là... comme, c'est la première fois qu'il va niaiser de toute la journée et ils vont y péter une grave... ils vont : « TU VAS DANS TA CHAMBRE! » Comme, YO, calme là. Il vient juste de dire «excuse » là. Calmes-toi là.

Une autre attitude attribuée aux éducateurs et qui déplaisait beaucoup aux participants était le manque d'écoute. Ils se plaignaient de ne jamais pouvoir faire valoir leur point de vue et que toute discordance avec l'éducateur était interprétée comme un manque de respect ou d'insubordination passible de sanction.

JB3 : ... ben c'est parce qu'ils essayent tout le temps d'avoir le dernier mot. Pis ils nous demandent à nous pourquoi qu'on veut tout le temps avoir le dernier mot. Ben on leur dit à eux pourquoi vous, vous voulez tout le temps avoir le dernier mot. Même si vous êtes en question d'autorité sur nous, on a le droit d'avoir le dernier mot pareil. Parce que... On a le droit là, on a le droit notre droit de réplique, on a le droit d'avoir notre droit de comment penser pis on dirait que pour eux. «Non, non, non. Regardes, vous pouvez dire qu'est-ce que vous voulez, mais si ça nous convient pas, on va vous mettre en retrait. »

L'excès d'intervention ou les interventions constantes sur les manquements aux règlements du code de vie ont aussi été mentionnées comme une attitude des éducateurs responsable de l'éloignement des jeunes.

JD4 : Ils interviennent pour rien. Les interventions, les interventions pour rien, pour juste intervenir. (...) Comme, y'interviennent sur, mettons, des occupations comme : « Occupes-toi, sinon tu vas dans ta chambre ». Comme, dans les temps libres, y'a du monde qui va regarder là télé ou sinon, y'a du monde qui vont juste être assis sur la table et ils dérangent personne. Pis là, l'éducateur va aller dire : « Occupes-toi, sinon tu vas dans ta chambre ». Tu vois que la personne dérange pas personne d'autre. Il est peut-être en train de réfléchir ou j'sais pas quoi. Ça, c'est des interventions pour rien.

5.3 Les jeunes réfractaires

Il importe de noter que presque un tiers (7) des participants ont affirmé refuser tous types d'intervention ayant lieu en centre de réadaptation, indépendamment de qui les administre. En analysant le profil de ces jeunes, on remarque qu'ils possèdent certaines caractéristiques communes. D'abord, un seul de ces jeunes était placé sous la LPJ, les autres étant tous des jeunes contrevenants, et tous étaient impliqués dans de longues trajectoires criminelles. En général, ces jeunes présentaient aussi une longue trajectoire de placements dans différents niveaux d'encadrement qui aurait commencé dès leur jeune âge. Leur récit est marqué par un grand désespoir vis-à-vis les méthodes rééducatives privilégiées (à leurs yeux) en CJ. De plus, ils soulignent le manque de

soutien offert une fois à l'extérieur (lorsque leur sentence en CJ est terminée) et dénoncent les placements à répétition qui en découlent.

JC5 : T'as été en Centre, tu retournes en Centre. Tu l'finis jusqu'à 18 ans. Parce qu'on n'a pas beaucoup d'aide. T'sais, genre, c'est juste quelqu'un qui va te dire quoi faire. Y va dire : « Fais ton lit ». Pis, ils te disent des p'tites conneries de même. Tu travailles pas beaucoup vraiment. Ton éduc va te parler pis y va dire : « Ah, tu veux-tu sortir? On va arranger ça. On va faire des téléphones. C'est chill, tu peux sortir ». Dans l'fond, quand tu sors, tu te remets dans marde parce que t'es dehors. T'as pas de suivi à l'extérieur. Y'a pas de suivi, y'a pas d'aide qui s'donne. Ça, c'est complètement cave. Qu'est-ce qui font, dans l'fond, les Centres jeunesse? Juste nous écœurer. Tant qu'à faire, nous donner de l'aide ça serait plus l'fun.

De plus, ils ne considèrent pas le CJ comme un centre de réadaptation, mais plutôt comme un milieu punitif qui vise à leur faire « payer » leurs erreurs passées : *JD3 : Être ici, j'vois plutôt ça comme une punition pour les choses que j'ai faites. J'suis pas ici nécessairement pour changer.*

Les éducateurs sont généralement décrits par ces jeunes résistants comme des individus contrôlants, coercitifs (ils n'hésitent à faire usage des sanctions) et portant peu d'intérêt à leur travail.

JD1 : C'est ça. Ils essaient de te crosser là : « On est là pour toi. Si t'as des problèmes, viens nous voir ». Si t'as un problème, à trois 3h de l'après-midi, pis son shift est fini, elle s'en câlisse de ton problème là. Hostie.

Par ailleurs, quatre jeunes ont affirmé ne pas être ouverts aux éducateurs parce qu'ils sont les représentants d'un système qu'ils méprisent : les centres jeunesse.

JC6 : Ils sont pas là, en Centre jeunesse, pour regarder nos beaux yeux pis nous regarder grandir. Ils sont là pour nous aider. Mais, nous, on peut quand même les haïr là. C'est pas parce qu'ils sont là pour nous aider et qu'ils font leur travail, qu'on va les aimer là. T'sais, on a une rancune contre eux

autres, pis la DPJ. Moi, j'étais ben dans mon salon à 4 ans, dans ma maison, avant qu'eux autres viennent me chercher avec la police. J'étais ben là. Hostie. Tu vois, c'est pour ça que j'ai une rancune contre eux autres.

Parmi les jeunes contrevenants, le cas de JD7 a retenu notre attention étant donné son manque d'ouverture tant envers les interventions qu'envers les éducateurs et les impacts que l'ouverture peut avoir sur les possibilités de réadaptation en contexte d'autorité. JD7, un garçon très peu bavard en entrevue, mais qui a quand même fait ressortir les effets sur son agressivité des drogues qu'il consommait, soit le cannabis et l'ecstasy.

JD7 : Parce que moi, quand j'prends ça (l'ecstasy), j'suis plus genre j'me fout de tout. Si un gars m'énerve, j'vais l'frapper là. Pis genre, si j'en prends pas, j'peux m'calmer et penser. Des affaires comme ça là. J'suis plus méchant pis moins gêné.

Il importe de noter que JD7 était placé dans une unité fermée en raison d'une voie de fait grave, très violent, envers un autre jeune. Bien que son DEP-ADO indiquait une consommation à risque de devenir problématique, son éducatrice de suivi ne croyait pas qu'il pourrait faire partie de notre recherche puisqu'elle qualifiait sa consommation plutôt d'« exploratoire ». Or, c'est en discutant avec le jeune qui nous a fait part de son intérêt à participer que nous avons décidé de l'interviewer.

Pendant l'entrevue, le jeune parle d'une consommation d'ecstasy beaucoup plus fréquente que celle indiquée dans sa DEP-ADO et mentionne qu'il était sur l'effet de cette substance au moment de commettre son crime, un fait qu'il n'a jamais dévoilé à sa TS ni à son éducatrice de suivi. Il sent qu'il pourrait « peut-être » changer sa consommation d'ecstasy. Ce qui l'inquiète cependant ne sont pas les effets de cette substance sur son agressivité (responsable de son placement), mais plutôt ces conséquences physiques (l'ecstasy « fait maigrir »). N'ayant jamais révélé ce lien entre sa consommation et son délit, il n'était peut-être pas en mesure d'évaluer le rôle que l'ecstasy a pu jouer sur son comportement d'agression.

5.4 Discussion inspirée du cadre théorique

Étant donné que les analyses sont basées sur les récits des jeunes et compte tenu de leur stade développemental, il est normal que l'ouverture envers les interventions et aux les éducateurs émerge comme étant davantage associée aux caractéristiques des interventions et à la qualité des relations établies avec les éducateurs (variables contextuelles), qu'à des facteurs qui leur sont propres (p. ex. leurs caractéristiques ou limitations personnelles, leur personnalité, leur santé mentale).

Le rôle joué par les variables contextuelles dans les interactions et interventions ayant lieu en centre de réadaptation a déjà été discuté dans une recension des écrits réalisée antérieurement (Orsi, Lafortune, & Brochu, 2010). D'après les études consultées pour cet article, dans des environnements contraignants (p. ex. les milieux carcéraux et les centres d'accueil), les variables reliées au contexte de l'intervention (p. ex. les caractéristiques de l'intervenant et de l'intervention) semblent aussi importantes que les caractéristiques du jeune dans l'établissement de l'alliance de travail. De plus, cette recension souligne l'intérêt de mieux comprendre l'influence des variables contextuelles dans l'établissement de l'alliance, le changement de ces dernières étant davantage sous le contrôle des intervenants et gestionnaires que celui des variables reliées aux expériences de vie ou aux relations familiales des adolescents.

Par ailleurs, l'importance du contexte de l'intervention est aussi soulevée dans le cadre des deux théories de la motivation considérées dans cette thèse. Le contexte entourant la motivation au changement est l'une des quatre dimensions du MTC, quoique la compréhension de DiClemente (2003) diffère un peu de la nôtre. À son avis, le contexte est représenté par cinq aspects : les croyances et les attitudes, les caractéristiques de la personnalité, la situation de vie actuelle, les relations interpersonnelles (aussi considérées comme un procédé de changement) et les systèmes sociaux. De plus :

Issues, problems, resources, or liabilities in each of these five areas can facilitate or hinder successful change of any specific pattern of behavior. (DiClemente, 2003, p.39)

En ce qui concerne la TAD, le rôle joué par le contexte dans la motivation a été maintes fois vérifié pour divers comportements, populations et environnements. La conclusion générale de ces études est que les environnements qui favorisent l'accomplissement des trois besoins humains fondamentaux (de compétence, d'autonomie et de relations interpersonnelles) contribueraient au développement d'une motivation optimale, ce qui aurait des effets positifs aux plans psychologique, développemental et comportemental. Par contre, les environnements qui frustrerent ces besoins auraient des effets nuisibles sur le bien-être des individus (Ryan & Deci, 2000).

Dans le cas de cette thèse, le centre de réadaptation où sont placés les participants peut être considéré comme un « contexte d'autorité ». À première vue, on pourrait affirmer que les jeunes interviewés se retrouvent dans un environnement fondamentalement en conflit avec les caractéristiques de leur état développemental, étant donné qu'une des principales phases psychologiques de l'adolescence est le développement de l'autonomie, ce qui implique le questionnement et le refus de l'autorité (Baer & Peterson, 2002). En fait, à l'instar de Yost et Ellis (2008), notre étude a noté que la majorité des jeunes perçoivent l'institutionnalisation comme une violation de leur autonomie et de leur liberté, ce qui peut les rendre plus agités et moins coopératifs. Par ailleurs, en réponse à ce type de comportements, certains intervenants ont tendance à utiliser les retraits, les retenues et d'autres interventions contraignantes comme mesures de premier choix. Notre étude montre que ce type d'intervention auprès des jeunes ne favorise pas leur ouverture ni envers les interventions, ni envers les intervenants. En fait, les interventions contraignantes généreraient plutôt un cercle vicieux (jeune réfractaire → intervention contraignante → jeune encore plus réfractaire → intervention encore plus contraignante, ainsi de suite) qui empêcherait l'établissement d'une relation d'aide entre jeunes et intervenants.

Par ailleurs, nous avons remarqué que les interventions et les intervenants auxquels les jeunes démontrent de l'ouverture, tout comme ceux qui favorisent leur résistance, partagent certains attributs communs qui reflètent les préceptes théoriques de notre

cadre théorique (le MTC et de la TAD) concernant les approches d'intervention privilégiées. Afin d'enrichir la discussion, nous avons également vérifié les fondements de l'entrevue motivationnelle (Miller & Rollnick, 2002). Conformément à ce qui a été mentionné dans le chapitre un, l'entrevue motivationnelle (EM) est considérée par les tenants du MTC et de la TAD comme étant une approche d'intervention cohérente avec leurs prémisses et complémentaire à leur corpus théorique (DiClemente, 2003; Vanteenkiste & Sheldon, 2006). Les créateurs de l'EM la définissent comme étant : « ...a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring et resolving ambivalence. » (Miller & Rollnick, 2002, p.25). En outre, les études menées auprès des adolescents indiquent que l'entrevue motivationnelle est une approche appropriée et souhaitable pour l'intervention auprès des adolescents usagers de SPA (voir Baer & Patterson, 2002 pour une recension sur ce thème).

Ainsi, pour discuter les données présentées précédemment, nous avons mené les analyses à la lumière de certaines approches d'intervention privilégiées par le MTC, la TAD et l'EM.

5.4.1 L'adaptation de l'intervention au profil du client

L'adaptation des interventions au profil du client, en d'autres mots l'individualisation des interventions, est un aspect fondamental de l'approche proposée par le MTC, ainsi que pour l'EM. Le MTC considère que l'évaluation continue du client, tout au long du processus d'intervention, est essentielle pour adapter le plan de traitement (p. ex. les buts et les moyens privilégiés par l'intervenant) à son profil, ses circonstances de vie et ses besoins (DiClemente, 2003). Notons aussi que ce plan doit être flexible afin de s'accorder aux changements chez le client qui pourraient avoir lieu pendant le traitement (Connors et al., 2001). De plus, le MTC propose des techniques d'intervention spécifiques adaptées à la disposition au changement et au stade de motivation du client (voir tableau I).

Dernièrement, les auteurs de l'EM ont affirmé que cette approche se centre sur un style d'intervention, plutôt que sur des techniques spécifiques. Dans ce style d'intervention, le respect du rythme du client face au processus de changement est fondamental. Il est clairement présent dans deux des quatre principes de l'EM : rouler avec la résistance et développer la contradiction. Selon le premier principe, un intervenant qui argumente en faveur du changement en opposition à un client qui n'est pas prêt est l'une des situations les moins productives en termes de développement de la motivation au changement. Selon le deuxième, le changement est motivé par la contradiction entre le comportement actuel et les buts et valeurs jugés importants par l'individu. Pour être en mesure de développer la contradiction, l'intervenant doit donc prendre le temps de connaître les buts et valeurs de son client. Par ailleurs, tout comme le MTC, cette approche préconise que l'intervention soit adaptée à la disposition au changement du client. Certaines techniques sont davantage adaptées si le client est résistant ou ambivalent au changement, tandis que d'autres répondent mieux aux besoins de ceux qui sont déjà engagés dans le changement et qui souhaitent le maintenir. Dans ce sens, l'intervenant doit évaluer l'importance du changement aux yeux du client ainsi que son niveau d'auto-confiance à réaliser les changements considérés nécessaires. Ceci étant une étape essentielle pour adapter l'intervention aux besoins et au profil du client (Miller & Rollnick, 2002).

En consonance avec l'EM, la TAD considère que l'intervenant a pour tâche d'évoquer et fortifier les ressources internes du client de façon à favoriser le processus naturel de changement, plutôt que d'essayer d'imposer la motivation ou d'installer le processus de changement à travers l'utilisation de stratégies de contrôle externe (Markland et al., 2005, Vanteenkiste & Sheldon, 2006).

En analysant nos données sur l'ouverture des jeunes envers les interventions, on remarque qu'ils semblent plus ouverts à celles qui sont perçues comme « pertinentes » à leur situation. Autrement dit, ils semblent plus ouverts aux interventions qui reflètent, au moins dans une certaine mesure, leurs caractéristiques et leurs besoins. C'est peut-être pour cette raison qu'ils disent apprécier les éducateurs qui n'abordent pas de force le

sujet de la « consommation » pendant les rencontres individuelles. Cette stratégie semble gagnante du point de vue des théories mentionnées ci-haut, puisque les jeunes moins motivés à changer ne ressentent pas de pression à réaliser un changement et sont davantage en contrôle des sujets traités lors de ces rencontres. De plus, concernant le traitement de la toxicomanie, les jeunes semblent davantage ouverts aux interventions qui respectent leur rythme de changement, qui offrent des stratégies de changement de la consommation adaptées à leur réalité et à leurs capacités et qui considèrent la rechute comme faisant naturellement partie du processus de changement.

Au contraire, certaines caractéristiques des interventions qui nuisent à l'ouverture des jeunes ne paraissent pas adaptées à leur profil et leurs besoins. C'est le cas du nombre excessif d'informations fournies dans le cadre du GRD, selon l'avis de certains participants qui n'ont pas besoin de cette quantité d'informations, peut-être parce qu'ils les connaissent déjà ou parce que le sujet ne les intéresse pas. Quelques participants considèrent que le GRD ne cible pas assez les circonstances de vie des consommateurs, ni les « vrais » problèmes auxquels ils font face, ce qui pourrait expliquer l'ennui et l'attitude moins coopérante de certains jeunes tels qu'observés au moment des groupes. Ainsi, le GRD ne semble pas adapté aux besoins des jeunes qui ne se sentent pas concernés par l'activité. En ce qui concerne le traitement de la toxicomanie, il a été clair que les approches basées sur la confrontation ne favorisent pas l'ouverture du jeune. Au contraire, elles freinent davantage l'acceptation de l'aide pour mieux gérer leur consommation. La confrontation, présente dans l'approche des communautés thérapeutiques, a particulièrement déplu aux jeunes et pour cette raison, la majorité ne pense pas suivre un autre traitement à l'interne.

5.4.2 Le développement des procédés de changement

Le MTC préconise les interventions qui visent le développement des procédés de changement, puisque ces derniers représentent les expériences internes et externes qui permettent aux individus de progresser tout au long des stades de changement (DiClemente, 2003). Selon les analyses effectuées, les interventions qui encouragent

l'ouverture semblent aussi favoriser le développement des procédés de changement (voir Tableau II).

Par exemple, les jeunes se sont montrés ouverts aux éducateurs qui prennent le temps de leur expliquer clairement les règles et le code de vie de l'unité. Il est possible que cette façon de faire ait aidé certains jeunes à « réévaluer leur environnement », les amenant probablement à réfléchir aux effets positifs et négatifs de leurs comportements actuels ainsi qu'aux nouvelles possibilités de comportements à adopter face aux autres et à l'environnement dans l'unité. Ainsi, ils ont été rassurés quant à leurs attentes face aux sanctions et gratifications possibles pendant leur placement.

En outre, pour certains jeunes, un aspect positif du GRD sont les informations fournies sur les SPA, la consommation et les ressources d'aide disponibles, ce qui favorise « l'augmentation de leur niveau de conscience » (sur eux-mêmes et sur la nature de leur problème) et l'évaluation des « opportunités environnementales » (puisqu'ils connaissent mieux les alternatives que l'environnement externe leur offre pour commencer ou poursuivre des démarches de changement). Plus encore, certains jeunes considéraient que cette intervention leur offrait une opportunité de réflexion personnelle et d'échanges d'opinions avec les pairs et les animateurs. Or, il est possible que pour ces jeunes, le GRD contribue à « l'éveil émotionnel » (en leur permettant de développer des réactions émotionnelles face au statu quo et face aux nouvelles possibilités de comportement), à une « réévaluation personnelle » (leur permettant d'évaluer si et de quelle façon leurs problèmes entrent en conflit avec leurs valeurs personnelles) ainsi qu'à un « contre-conditionnement » (c.-à-d., l'analyse des stimuli environnementaux et des situations qui peuvent faciliter le processus de changement).

5.4.3 Le soutien à l'autonomie

En plus d'être l'un des trois besoins humains fondamentaux selon la TAD (Ryan & Deci, 2000), le développement de l'autonomie constitue une phase fondamentale de l'adolescence (Baer & Peterson, 2002). Soutenir l'autonomie d'un adolescent qui se

trouve en contexte d'autorité est possiblement le plus grand défi des interventions en centre de réadaptation. Ceci est cependant l'aspect le plus valorisé par nos participants lorsqu'il est question des interventions et intervenants auxquels ils sont ouverts. Le besoin d'autonomie des jeunes interviewés est ressorti de façon évidente de leurs propos et s'est manifesté de différentes manières. Par exemple, ils se montraient particulièrement sensibles à toutes attitudes abusives des éducateurs en regard à leur autorité. L'utilisation d'interventions et de sanctions considérées déraisonnables, surtout lorsqu'appliquées avec arrogance, indifférence ou mépris, entraîne une plus grande résistance chez les jeunes et les incitent à s'éloigner des éducateurs impliqués.

L'autonomie est l'un des concepts centraux de la TAD qui le considère essentiel au bien-être psychologique (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000) et qui la définit comme « *...the self endorsement of one's behavior and the accompanying sense of volition or willingness.* » (Ryan & Deci, 2008, p.186). En d'autres mots, le sentiment de pouvoir faire des choix face à son comportement et d'être le maître de sa démarche serait très bénéfique aux individus (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Des études indiquent que la satisfaction du besoin d'autonomie (ainsi que de ceux de compétence et de relations interpersonnelles positives) est associée à un plus grand bien-être (Sheldon, Ryan, & Reis, 1996), à la vitalité et au bonheur (Nix, Ryan, Manly, & Deci, 1999). Au contraire, avoir peu d'autonomie peut être nuisible au fonctionnement psychologique (Pavey & Sparks, 2008). En fait, d'après une révision d'évidences empiriques, Hodgins et Knee (2002) indiquent que le fonctionnement autonome est associé à moins d'attitudes de défense. Dans le même sens, une utilisation moindre de stratégies de *coping* défensives a été associée à un degré plus élevé d'autonomie (Smith, Wethington, & Zhan, 1996). De surcroît, les interventions qui soutiennent l'autonomie des clients suscitent davantage le changement de comportements tels que la consommation de tabac (Williams et al., 2006) et l'autogestion du diabète (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). En outre, les individus en traitement pour la toxicomanie ayant des motivations autonomes pour participer à un programme de traitement ont fait preuve d'un plus grand engagement et ont perçu plus de bénéfices au traitement en

comparaison à ceux qui avaient des raisons contrôlées d'entamer le programme (Wild et al., 2006).

Par ailleurs, Pavey et Sparks (2008) ont démontré que les individus qui présentent un niveau plus élevé d'autonomie ont rapporté plus de motivation autonome après la lecture de renseignements à propos des risques de consommer du tabac, qu'après avoir lu des informations neutres, tandis que les participants initialement moins d'autonomes ont vécu l'effet contraire. Les auteurs posent l'hypothèse que pour les participants plus autonomes, ces renseignements ont probablement été perçus comme informatifs plutôt que coercitifs et en conséquence, ils ont eu moins tendance à adopter des stratégies de *coping* défensives. Cette étude se montre aussi pertinente pour discuter de la réaction de nos participants aux informations présentées dans le cadre du GRD. Il semble possible que les jeunes plus autonomes aient trouvé ces données plutôt informatives, même si quelques-uns ne se sentaient pas particulièrement concernés par leur contenu. Pour les autres, l'information a peut-être été perçue davantage coercitive et pour cette raison, ils la considèrent exagérée et inutile. Cela nous ramène encore à la nécessité d'adapter les services aux caractéristiques des clients, conformément à ce qui a déjà été discuté.

Le style d'intervention préconisé par l'EM fait aussi ressortir l'importance du soutien à l'autonomie. En fait, Vansteenkiste et Sheldon (2006) affirment que les effets positifs de l'utilisation de l'EM démontrés par des études (Burke et al., 2002, 2003) peuvent s'expliquer par le fait que cette approche valorise la satisfaction des trois besoins fondamentaux préconisés par la TAD (l'autonomie, la compétence et les relations interpersonnelles). Ainsi, deux des quatre principes de base de l'EM semblent en lien avec le soutien à l'autonomie. Un de ces principes précédemment cité, « rouler avec la résistance » du client, préconise que la résistance est une attitude humaine naturelle en réaction aux possibilités de changer un comportement. En ce sens, l'intervenant doit éviter d'éliciter davantage la résistance de son client en évitant la confrontation, l'argumentation, ou la défiance (Miller & Rollnick, 2002). L'idée est d'aider la personne à évaluer, elle-même, son comportement pour ensuite faire des choix personnellement significatifs et pertinents concernant le changement. Cette attitude soutenante de

l'intervenant pendant le traitement aide probablement le client à satisfaire son besoin d'autonomie (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). L'autre principe de l'EM vise à promouvoir la réflexion du client par rapport aux possibles contradictions entre son comportement actuel et ses valeurs et buts dans la vie (Miller & Rollnick, 2002). Ce faisant, l'intervention doit faire en sorte que les intentions de changement proviennent du client et non de l'intervenant afin d'encourager son sentiment d'autonomie (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Par ailleurs, les techniques mises de l'avant par l'EM (techniques de réflexion et questionnement non-directif) semblent aussi stimuler l'autonomie du client (Markland et al., 2005).

Le soutien de l'autonomie du client est aussi privilégié dans les prémisses du MTC. Ce modèle préconise l'utilisation de la « balance décisionnelle » (Janis et Mann, 1977) comme une façon d'explorer le point de vue du client concernant ses arguments personnels (les « pour » et les « contre ») face au changement. Ainsi, plus l'individu progresse dans les stades du changement, plus les arguments « pour » seront nombreux, jusqu'à faire pencher la balance pour le changement (Miller & Rollnick, 1991). Ce processus de réflexion personnelle favorise possiblement l'autonomie du client en l'aidant à développer de la contradiction (personnellement relevante) entre le statu quo et le changement de comportement.

Bien entendu, les jeunes placés en CJ feront face à une diminution temporaire de leur autonomie. La plupart des participants semblent vivre difficilement cette situation, ce qui fait du sens avec le postulat de la TAD selon lequel l'autonomie est un besoin fondamental, notamment pour les adolescents étant donné leur stade de développement. Ils ont été nombreux à se plaindre des procédures restrictives pour leur liberté résiduelle appliquées dans le CJ, celles-ci étant responsables d'une réduction additionnelle de leur autonomie, déjà significativement diminuée par leur placement (ce qui est aussi en accord avec les résultats de Conte et al., 2008). De plus, en n'encourageant pas le développement de l'autonomie, ces procédures n'incitent pas au changement de comportement à long terme. C'est d'ailleurs ce que concluent Conte et al. (2008) dans leur étude auprès d'adolescents institutionnalisés. D'après ces auteurs, l'utilisation de

méthodes restrictives pour intervenir auprès des jeunes peut modérer leur comportement pendant le placement, mais sans que cela leur apprenne à développer des stratégies de *coping* efficaces et durables. Il est intéressant de noter que c'est exactement ce que nous a dit JE2 plus haut dans ce chapitre : « *T'sais, si on te dit, à chaque fois que tu fais une erreur, tu t'en vas en d'dans, tu vas rien comprendre.* ». Étant donné que l'usage de sanctions fait partie du quotidien des centres de réadaptation, nous faisons écho à Conte et al. (2008) pour suggérer qu'il soit offert au jeune, au moins dans une certaine mesure, la possibilité de choisir les sanctions et les privilèges qui leurs seront appliqués. Il est possible qu'en ayant la possibilité de discuter avec son éducateur des sanctions associés à ses comportements, le jeune puisse vivre une situation d'apprentissage enrichissante qui favorisera également le développement de son autonomie.

La valorisation accordée par les jeunes aux individus et aux interventions qu'ils perçoivent comme respectant leurs choix et leurs points de vue a été soulevée à maintes reprises par les données de cette étude. Ce respect démontré lors de discussions avec l'éducateur de suivi ou par des intervenants des centres de traitement de la toxicomanie a été très apprécié des jeunes. Ils sont ouverts aux personnes qui manifestent de l'écoute, qui réfléchissent à leurs propos et qui les pondèrent ensemble lorsque nécessaire, qui accordent de l'importance à leur avis et qui tentent d'instaurer un consensus concernant les démarches à suivre. De cette façon, les jeunes prennent part activement au processus d'intervention, se sentent valorisés et se montrent plus ouverts à s'engager dans les programmes, les activités et même dans le processus de changement du comportement souhaité. Au contraire, les jeunes se sont montrés moins ouverts aux intervenants qui veulent imposer des objectifs et défis d'intervention, qui sont moralisants et qui poussent vers le changement du comportement.

Le besoin de faire valoir leur autonomie est aussi ressorti des propos des jeunes qui refusent de recevoir de l'aide pour mieux gérer leur consommation de SPA, se disant capables d'opérer seul ces changements et ne pas avoir besoin de l'intervention d'une tierce personne. On remarque que ces jeunes perçoivent toutes possibilités d'aide comme une imposition ou une contrainte qui les poussera dans une direction qu'ils ne

sont pas sûrs de vouloir suivre. Cette perception est peut-être due au fait que la majorité de ces adolescents sont depuis longtemps soumis à des interventions contraignantes dans les centres de réadaptation. Ils ne semblent pas envisager qu'une intervention dans ce type de milieu puisse être basée sur acceptation de leurs choix et le respect de leur point de vue. C'est seulement à travers une expérience positive et significative avec un intervenant qu'ils pourront remettre en question cette croyance et peut-être se montrer davantage ouverts.

Malgré tout, nous admettons le besoin de contraintes et de sanctions dans un centre de réadaptation. Celles-ci assurent dans une certaine mesure la sécurité du personnel et des jeunes ainsi que le bon déroulement des activités quotidiennes dans les unités de vie qui regroupent plusieurs jeunes en difficulté qui doivent interagir 24 h par jour. On le répète, le soutien à l'autonomie est un défi particulièrement difficile dans les centres de réadaptation. Cependant, nous croyons qu'il est possible d'apporter certains changements dans les interventions de sorte à favoriser davantage l'autonomie des jeunes, sans nuire significativement aux éducateurs, ni au déroulement des activités. En fait, selon nos observations, la plupart des sanctions sont appliquées à des comportements qui sont plus ou moins graves et dans le but de prévenir une escalade d'agressivité ou une aggravation du problème. Ainsi, des éducateurs ont utilisé des moyens restrictifs (ex. retrait en chambre, dans la salle de retrait ou dans une unité de retrait hors service) auprès des jeunes qui manifestaient des comportements tels que critiquer un pair, contester un ordre de l'éducateur, refuser de réaliser une tâche, etc. Or, dans ces cas, d'autres sanctions pourraient encourager davantage l'autonomie, ce que nous avons d'ailleurs observé dans d'autres situations. Par exemple, lorsque des éducateurs sont intervenus auprès d'un jeune qui refusait de suivre le groupe pour se rendre à l'école en le menaçant d'un retrait : plus la discussion avançait, plus le jeune s'opposait aux éducateurs, qui en retour réagissaient avec de plus en plus d'énervement. C'est l'éducateur de suivi qui a désamorcé la situation en discutant avec lui en privé, et le jeune a finalement accepté de se rendre à l'école. Selon cet éducateur, le jeune était insatisfait de certaines situations dans l'unité et protestait en défiant l'autorité des éducateurs. Il lui a donc proposé de discuter de ses insatisfactions plus tard tout en lui

garantissant qu'ils allaient essayer de trouver une solution plus productive ensemble, mais à condition qu'il aille à l'école et qu'il suive les consignes des autres éducateurs. Il a de plus expliqué au jeune qu'il perdait son pouvoir de négociation quand il se montrait non-collaborant. Il est vrai que cette intervention a nécessité un plus grand engagement et plus de temps de la part de l'éducateur en comparaison au retrait, mais a probablement favorisé beaucoup plus l'apprentissage et l'autonomie du jeune, en plus de renforcer leur relation apparemment déjà bien établie.

5.4.4 Le soutien à la compétence

La TAD et l'EM partagent des croyances fondamentales en ce qui concerne la nature humaine. Les deux considèrent que les individus sont dotés d'un grand potentiel pour le changement, qu'ils sont naturellement orientés vers le développement et la croissance personnelle et que chacun possède de puissantes ressources internes leur permettant de réaliser des changements (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Ainsi, les intervenants guidés par ces approches doivent, d'entrée de jeu, croire en la compétence du client à réaliser les changements, en plus de l'encourager à prendre conscience de sa compétence afin que les changements puissent être implantés.

Éprouver de la confiance face à ses habiletés et sa compétence (que leurs actions puissent produire les effets escomptés) est aussi considéré comme un besoin humain fondamental selon la TAD. La satisfaction du besoin de compétence (et des autres besoins fondamentaux) a également été associée à des résultats positifs pour divers aspects du bien-être de l'individu (Nix et al., 1999; Sheldon, Ryan, & Reis, 1996). Ce besoin de compétence est celui qui pousse les individus à explorer et à maîtriser leur environnement (pour mieux s'y adapter), à chercher activement des défis ainsi qu'à accroître et développer leurs habiletés (Deci & Ryan, 2000). Cependant, l'inaccomplissement de ce besoin peut entraîner une amotivation et un fonctionnement moins optimal.

La compétence telle que comprise par la TAD est un concept apparenté à celui de l'auto-efficacité de Bandura (1989) (défini comme étant la croyance de la personne en sa

capacité de réaliser et réussir une tâche spécifique) qui est également utilisé dans les cadres du MTC et de l'EM. Le MTC considère l'auto-efficacité comme un des marqueurs du changement (DiClemente, 2003), puisque, à l'instar de Bandura (1997), l'évaluation que l'individu fait de l'efficacité de sa performance comportementale prédit sa compétence ainsi que sa persévérance dans l'exécution de ce comportement. Pour sa part, le soutien des sentiments d'auto-efficacité est un des principes de l'EM. L'intervenant doit donc aider le client à augmenter sa confiance en sa capacité de progresser dans le processus de changement de comportement, ainsi qu'en ses habiletés à faire face aux difficultés inhérentes à ce processus.

Les participants à cette étude se sont montrés plutôt ouverts aux interventions et aux intervenants qui encouragent leur sentiment de compétence. Par exemple, concernant le GRD, les jeunes affirmaient apprécier les animateurs qui valorisaient leurs connaissances sur les drogues pendant les discussions. D'ailleurs, dans deux cas, la raison de leur participation à cette activité est l'incitation de la part de l'animateur à ce qu'ils partagent leurs expériences afin d'informer les autres jeunes des problèmes et risques associés à la consommation. De plus, les éducateurs qui semblent croire aux capacités de changement du jeune, qui les encouragent à adopter de nouveaux comportements et qui leur font confiance (malgré les fréquentes déceptions auxquelles ils ont dû faire face) permettent le développement du sentiment de compétence, ce qui en retour augmente l'ouverture des jeunes envers leur intervention.

Par ailleurs, il semble que les interventions en toxicomanie basées sur la confrontation diminuent le sentiment de compétence, tels qu'une intervention musclée (se faire « *presque crier après par un jeune* », JF4) ou un contexte qui génère des sentiments d'incompétence à gérer ses propres comportements et ses propres impulsions et qui ne permet pas de décider de son propre rythme de changement. Dans certains cas, le placement est perçu comme une attaque au sentiment de compétence du jeune, particulièrement chez les jeunes réfractaires aux interventions. Pour eux, leurs placements répétitifs sont la preuve que le centre de réadaptation n'est pas en mesure de leur offrir un soutien adéquat et en même temps, ils se plaignent du peu d'aide

disponible à l'extérieur une fois le placement terminé. Ces jeunes ne semblent pas voir d'opportunités pour développer leur sentiment de compétence puisqu'une fois à l'extérieur, ils tendent à rechuter et à ré-adopter des comportements problématiques qui les amènent à de nouveaux placements.

L'attitude des éducateurs influence également le sentiment de compétence des jeunes. Ce sentiment n'est pas valorisé par certains éducateurs qui sont perçus comme peu intéressés au point de vue des jeunes et qui n'hésitent pas à faire usage de sanctions face à des comportements de contestation. Les discussions avec les jeunes à ce sujet ont fait ressortir un grand sentiment de désarroi et d'impuissance, découlant probablement du manque de soutien à leur besoin de compétence, ces derniers n'acceptant pas de ne pouvoir faire valoir leurs choix ou leurs points de vue, ainsi que de ne pas être en mesure d'agir sur leur environnement.

5.4.5 Les relations interpersonnelles

Tous les cadres théoriques mis de l'avant par cette thèse soulignent l'importance des relations interpersonnelles dans l'ouverture envers les interventions, dans la motivation et dans le processus de changement de comportement. La nécessité d'expérimenter des liens interpersonnels significatifs et de développer des relations sociales satisfaisantes (relations interpersonnelles positives) serait le troisième besoin humain fondamental (Ryan & Deci, 2000). Ryan et al. (2008) soutiennent que la relation intervenant-client est un important moyen d'amener un individu à changer de comportements, surtout quand le client se perçoit comme vulnérable, qu'il manque d'information sur les moyens à privilégier pour favoriser le changement et qui a besoin d'être orienté par l'intervenant. Dans ce processus, le sentiment d'être respecté, compris et soutenu est essentiel pour établir des liens de confiance qui stimuleront l'internalisation de la motivation. En plus, « *The impact of relatedness on patients' openness to information and likelihood of complying with recommendations is thus high.* » (Ryan et al., 2008, p.3).

Dans le même ordre d'idées, les relations interpersonnelles ont tellement d'importance pour l'EM que Miller et Rollnick (2002) considèrent que la motivation est un processus interpersonnel, le produit d'une interaction entre les personnes. Selon eux, la motivation peut non seulement être influencée par les relations interpersonnelles, mais elle naît souvent d'un contexte interpersonnel. D'ailleurs, le style d'intervention préconisé par cette approche accorde une place centrale à la relation intervenant-client et l'un des quatre principes de l'EM est l'expression de l'empathie par l'intervenant envers son client. Il n'est donc pas surprenant de constater que toutes les habiletés cliniques nécessaires à l'EM sont construites à partir des postulats de la thérapie centrée sur le client de Carl Rogers, notamment la démonstration d'empathie et l'écoute réflexive. Pour manifester de l'empathie, l'intervenant doit tout d'abord adopter une attitude d'acceptation envers son client afin d'être plus attentif à ses points de vue et capable de comprendre ses sentiments sans le juger, le critiquer ou le blâmer. Encore plus important, les auteurs affirment qu'il est possible d'accepter et de comprendre les perspectives ou les comportements d'une personne sans être en d'accord ou sans être prêt à les renforcer. En fait, un intervenant attentif, respectueux et compréhensif face aux opinions, perceptions et perspectives du client favorise le développement de son sentiment d'acceptation et lui permet ainsi de manifester des opinions divergentes tout en maintenant le lien de confiance.

« Paradoxally, this kind of acceptance of people 'as they are' seems to free them to change, whereas insistence nonacceptance ('You are not OK; you have to be different') tends to immobilize the change process. » (Miller & Rollnick, 2002, p. 37)

Le MTC considère aussi que les relations interpersonnelles sont importantes au processus de changement et le modèle y fait référence dans deux de ses dimensions. Ainsi, la recherche ou l'acceptation de l'aide d'autrui est un procédé comportemental du changement qui stimule la progression de l'individu au cours des stades motivationnels. Par ailleurs, le MTC conçoit les relations interpersonnelles comme une des zones du contexte de changement. Il est postulé que les relations dyadiques avec des personnes

significatives pourraient avoir une influence favorable ou non sur le processus de changement (DiClemente, 2003).

L'importance de la qualité des relations interpersonnelles dans l'ouverture des jeunes envers les interventions et les intervenants est évidente d'après les propos recueillis auprès des participants à l'étude. Ils sont même plus ouverts envers l'imposition de limites et les sanctions qui sont appliquées par des éducateurs qu'ils perçoivent comme respectueux et fiables. Certains sont motivés à participer au GRD pour la seule raison que l'éducateur responsable d'animer l'activité est quelqu'un qu'ils apprécient. Ils sont aussi plus ouverts à parler de leur consommation aux éducateurs qui démontrent une bonne connaissance du sujet, ceux qui respectent leur avis et ceux qui partagent avec eux leur vécu. Ils sont davantage prêts à s'ouvrir aux éducateurs qui se montrent disponibles, accessibles et intéressés à les comprendre, et qui manifestent activement leur désir de les aider. Bref, l'empathie de l'éducateur semble vraiment essentielle à l'ouverture du jeune.

Par ailleurs, les analyses indiquent que les éducateurs perçus comme « autoritaires » par les jeunes sont aussi ceux qui, à leurs yeux, établissaient des relations hiérarchiques, étaient peu disponibles et accessibles, utilisaient des sanctions sans vouloir d'abord comprendre la perspective du jeune face à son comportement problématique, jugeaient les attitudes du jeune ou qui le blâmaient pour sa situation actuelle. Autrement dit, ceux qui faisaient preuve d'aucune empathie du point de vue des jeunes rencontrés.

Il importe de noter que selon nous, et selon plusieurs auteurs cités par Orsi et al. (2010), les relations interpersonnelles positives, qui sont essentielles à l'établissement d'une alliance de travail entre un jeune et un intervenant, présentent des défis particuliers et spécifiques en contexte d'autorité. Par exemple, ces auteurs soulignent que dans les contextes d'autorité, les jeunes sont plus résistants à établir une relation de confiance avec l'éducateur parce qu'ils sont davantage préoccupés par la confidentialité et l'utilisation qui sera faite des informations partagées (Stanley, 2007). En ce sens, nous croyons qu'une discussion claire et directe entre l'intervenant et le client à propos des limites de la confidentialité dans les contextes d'autorité est essentielle pour le

développement et l'établissement d'une alliance. En effet, nos données indiquent que la confidentialité et l'utilisation ultérieure de l'information divulguée sont des préoccupations auxquelles songent les participants avant de s'ouvrir à un éducateur.

Matthews et Hubbard (2008) indiquent que certains aspects de la culture organisationnelle des services de probation juvénile aux États-Unis ont un impact sur les possibilités d'établir une relation d'aide dans ces contextes. Parmi les facteurs cités, les auteurs nomment la tendance des organisations à négliger l'importance des relations interpersonnelles entre les jeunes et les agents de probation qui n'ont pas l'opportunité de développer les habiletés nécessaires à l'établissement d'alliances positives. En plus, les diverses et nombreuses tâches, notamment administratives et bureaucratiques, des agents de probation limitent le temps disponible pour investir dans une relation de confiance avec les jeunes sous leur responsabilité. Nous avons observé la même situation auprès des éducateurs en CJ. Pendant nos discussions informelles, plusieurs ont fait part d'une sensation de « débordement » découlant d'un surplus de tâches telles que la rédaction de nombreux rapports et notes, qui s'ajoutent à l'organisation et la gestion du quotidien, et éventuellement à leurs responsabilités éducatives et cliniques face aux jeunes. En effet, pendant nos observations, rares ont été les occasions où nous avons pu discuter tranquillement avec un éducateur sans être interrompus pour des appels téléphoniques ou autres demandes. De plus, au moment des observations, les éducateurs des unités ouvertes pouvaient bénéficier d'une période de libération par semaine (une journée ou une demi-journée) payée pour réaliser des tâches organisationnelles (cette opportunité n'était pas offerte aux intervenants des unités fermées qui sont payés seulement pour les heures de « plancher »). Nous croyons que ce temps « libre » pourrait servir à d'autres activités telles que de la supervision clinique et des discussions de cas entre éducateurs, ce qui pourrait avoir un impact sur la qualité de la relation établie avec les jeunes.

Finalement, étant donné les caractéristiques des contextes d'autorité, le développement de relations interpersonnelles significatives et aidantes entre jeunes et intervenants semble encore plus difficile. Cependant, comme démontré à plusieurs reprises par les

données de la présente étude, cela demeure possible. Vu l'importance de la dimension interactionnelle autant pour l'ouverture, que pour la motivation et le changement de comportement, nous croyons que cet aspect mériterait beaucoup plus d'attention des gestionnaires des centres de réadaptation. En fait, l'établissement de conditions de travail équilibrés et la création d'opportunités de réflexion et d'apprentissage pourraient améliorer leur relation avec les jeunes en difficulté. Les propos des participants à cette étude montrent aussi que la relation jeune-intervenant est dynamique et peut donc s'améliorer au fil du temps (ces derniers ont affirmé être plus ouverts aux éducateurs au moment de la recherche que lorsqu'ils sont arrivés à l'unité).

Tableau VII : Synthèse des variables associées à l'ouverture envers les interventions et les éducateurs

Variable	Auteur (s)
L'adaptation de l'intervention au profil du client	DiClemente (2003); Connors et al. (2001); Miller et Rollnick (2002); Markland et al. (2005); Vanteenkiste et Sheldon (2006)
Le développement des procédés de changement	DiClemente (2003)
Le soutien à l'autonomie	Ryan et Deci (2000); Baer et Peterson (2002); Deci et Ryan (1985); Ryan et Deci (2008); Vanteenkiste et Sheldon (2006); Sheldon et al. (1996); Nix et al. (1999); Pavey et Sparks (2008); Hodgins et Knee (2002); Smith et al. (1996); Williams et al. (2006); Williams et al. (2004); Wild et al. (2006); Miller et Rollnick (2002); Markland et al. (2005); Conte et al. (2008)
Le soutien à la compétence	Vanteenkiste et Sheldon (2006); Nix et al. (1999); Sheldon et al. (1996); Deci et Ryan (2000); Bandura (1997); DiClemente (2003);
Les relations interpersonnelles positives	Ryan et Deci (2000); Ryan et al. (2008); Miller et Rollnick (2002); DiClemente (2003); Matthews et Hubbard (2008)

5.5 Considérations finales

Ce chapitre soulève que différents styles d'intervention et d'intervenants peuvent avoir différents effets sur l'ouverture des adolescents. Même les sanctions, souvent parmi les interventions perçues comme les plus coercitives, peuvent susciter une certaine ouverture chez le jeune s'il les considère pertinentes et proportionnelles à la gravité du comportement ciblé. Dans ce sens, la légitimité et la manière d'appliquer la sanction, en plus de la qualité de la relation préalablement avec l'éducateur peuvent avoir une influence non négligeable sur l'acceptation et le conformisme du jeune face à ce type d'intervention, ainsi que sur les apprentissages qu'il pourra en retirer.

Par ailleurs, la peur des sanctions anticipées peut freiner l'ouverture de certains jeunes à discuter de leur usage de drogues avec les éducateurs. Ceci est regrettable dans la mesure où les rencontres individuelles sont des occasions privilégiées pour aborder des aspects plus personnels de la vie du jeune et pour une évaluation plus approfondie de ses besoins. En fait, certains éducateurs semblent valoriser ces moments individuels puisque plusieurs participants se disent plutôt satisfaits de la façon avec laquelle l'éducateur profite de ces rencontres pour échanger sur leur consommation de SPA.

Un autre moment propice à ce genre de discussion est le GRD, qui est généralement bien accepté par les participants. Cependant, nous croyons que cette activité pourrait améliorer ses effets sur l'ouverture des jeunes en axant davantage sur leur participation active et leur engagement pendant les rencontres, tout en conservant son côté plus informatif. Un facteur plutôt préoccupant est le fait que plusieurs jeunes, indépendamment de leur appréciation, ne se sentent pas concernés par ce groupe. Ainsi, il y aurait lieu de réfléchir à de nouvelles façons d'animer cette activité pour faire en sorte que les jeunes s'y identifient.

À propos des interventions spécialisées en toxicomanie, les jeunes semblent plutôt réfractaires aux traitements qui nécessitent un retrait de leur milieu de vie et ceux qui misent sur des stratégies de confrontation. Cette réaction est compréhensible compte-tenu du contexte de vie actuel de ces jeunes (déjà placés en dehors de leur milieu de vie) et leur implication dans le système de justice peut avoir été, pour plusieurs, une

expérience confrontante en regard à leurs comportements problématiques. Conséquemment, on peut croire qu'ils seront plus ouverts à des interventions qui offrent un contexte et des stratégies qui diffèrent de ceux actuellement vécus. Des approches non-confrontantes et centrées sur le client pourraient notamment être envisagées.

Bien qu'une majorité de participants disent entretenir des relations interpersonnelles plutôt positives avec leur éducateur de suivi, ceci ne semble pas suffisant pour garantir une totale ouverture concernant leur consommation. Le double rôle d'agent de contrôle et de conseiller joué par l'éducateur n'est pas d'emblé propice à la confiance. Néanmoins, les jeunes participants ont été capables d'identifier plusieurs caractéristiques des éducateurs qui faciliteraient leur ouverture. De plus, même si leur relation n'était pas considérée « bonne » au départ, l'attitude de l'éducateur s'est avérée importante pour faire évoluer la relation et établir une meilleure dynamique interactionnelle. Pour ceux qui n'ont pas pu développer des liens satisfaisants, il a été possible d'établir des relations privilégiées avec d'autres éducateurs de l'unité, d'autres adultes à qui ils se sentaient plus à l'aise de confier des aspects intimes de leur vie.

Par contre, il ne faut pas oublier que certains jeunes posent un plus grand défi que d'autres en ce qui concerne les possibilités d'intervention en CJ. En général marqués par un historique de placements nombreux, ces jeunes ne semblent pas ouverts ni aux interventions, ni aux éducateurs. Ces jeunes se conforment aux règles du CJ dans le seul but d'être libérés et comme ils n'ont pas réfléchi à leur comportement ou entamé des démarches en vue d'un changement, c'est probablement ce qui explique les nouveaux placements subséquents. L'interruption positive et constructive de ce cercle récurrent de placements (qui n'est pas seulement attribuable à l'atteinte de la majorité) apparaît comme un enjeu majeur auquel doivent faire face les centres de réadaptation. En ce sens, les paroles du célèbre physicien Albert Einstein, selon quoi « La folie est de toujours se comporter de la même manière et de s'attendre à un résultat différent », mérites selon nous un moment de réflexion. Tant que la nature des interventions, ou la nature des relations interpersonnelles auxquelles ces jeunes sont exposés en centre de réadaptation ne seront pas bonifiées, tout porte à croire que ce cercle vicieux tendra à se poursuivre.

Identifier ces jeunes plus difficiles et évaluer les meilleures façons d'interagir et d'intervenir auprès d'eux semblent essentiels pour les aider à se sortir de cette situation.

Le cadre théorique de cette thèse souligne le potentiel des interventions qui sont adaptées au profil du jeune, qui favorisent le développement des procédés de changement ainsi que l'accomplissement des besoins d'autonomie, de compétence et relationnels. Elles semblent avoir des impacts plutôt positifs sur l'ouverture des jeunes et, possiblement, sur leur motivation à changer.

En somme, le caractère contraignant ou autoritaire de l'intervention ou des attitudes de l'éducateur semblent nuire à l'ouverture du jeune. Ainsi, il n'est pas surprenant que la conclusion générale de ce chapitre soit que les jeunes sont plus ouverts aux interventions et aux éducateurs qui leur semblent moins imbriqués d'autorité. Si, à la première vue, cela peut paraître contradictoire avec la nature de ce milieu, l'observation du quotidien dans les unités de vie fait ressortir une énorme variation de l'accent mis sur la dimension « autorité » dans le placement. Évidemment, dans les unités fermées, cet aspect est plus visible, étant donné la configuration physique des lieux, les portes barrées, les déplacements contrôlés, etc. Dans les unités ouvertes, les jeunes jouissent de plus de liberté, mais ils sont quand même généralement soumis à un niveau de surveillance et de contrôle beaucoup plus élevé que celui auquel ils étaient habitués à l'extérieur du centre. Cependant, dans les deux milieux, nous avons observé des efforts de la part de certains éducateurs pour atténuer les aspects contraignants de l'environnement, ainsi que la relation hiérarchique naturellement présente entre les jeunes et eux. Ces efforts semblent porter fruits puisque la majorité des jeunes interviewés ont perçu positivement certaines caractéristiques des interventions et des éducateurs, la plupart étant associées à une utilisation moindre de l'autorité. Le défi maintenant sera d'évaluer dans quelle mesure ces perceptions positives peuvent se traduire en changement effectif de comportement, mais cela devra faire l'objet d'une prochaine recherche.

Conclusion

En donnant la parole aux jeunes usagers de SPA placés dans un centre de réadaptation, la présente recherche a pu discuter de deux thèmes imbriqués dans les relations d'aide établies dans les contextes d'autorité : la motivation et l'ouverture envers les interventions. L'analyse de ces deux thèmes a été orientée par une association originale de deux théories motivationnelles : le MTC et la TAD. Tout au long de cette thèse, nous avons démontré pourquoi et comment l'association des préceptes théoriques proposés par ces théories serait particulièrement utile à la compréhension du processus de motivation au changement des adolescents placés en contexte d'autorité. Tandis que le MTC offre une compréhension de la dynamique du processus de changement grâce à la « roue du changement » (voir page 18); la TAD, en mettant l'accent sur les « sources de motivation », nous permet de mieux saisir le rythme et la progression (ou non) de l'individu au long des stades motivationnels proposés par le MTC. Le graphique présenté à la page 61 offre des exemples cliniques de comment l'association de ces modèles pourrait être utilisée dans les interventions en toxicomanie. De plus, nous croyons que leur association peut offrir un enrichissement considérable aux techniques d'intervention auprès des individus toxicomanes.

Les chapitres précédents ont démontré que la majorité des adolescents interviewés disent consommer diverses SPA pour lesquelles ils identifient (ou non) différentes sources de motivation, autant à consommer qu'à changer leur consommation. De plus, les sources de motivation identifiées sont plus ou moins associées au contexte d'autorité dans lequel les jeunes sont placés. Ainsi, si certains jeunes voient la possibilité de changement facilité par l'environnement contrôlé du CJ, pour d'autres, les contraintes de ce milieu de vie ne semblent pas avoir d'impact sur leur motivation. Par ailleurs, les jeunes démontrent différents degrés d'ouverture envers les interventions disponibles et envers les éducateurs qui les côtoient. En général, les approches compréhensives et moins autoritaires semblent encourager une certaine proximité entre jeunes et éducateurs et peuvent potentiellement faciliter l'établissement d'une relation d'aide et le changement de comportement.

Cela étant dit, les conclusions de cette thèse seront résumées dans les trois sections subséquentes. La première traitera des caractéristiques de la motivation au changement et de ses liens avec l'ouverture des jeunes aux interventions. La deuxième explorera les dimensions reliées au contexte d'autorité qui semblent avoir un impact sur la motivation et l'ouverture des jeunes. La troisième discutera des interventions en toxicomanie mises en place dans les unités observées. À la fin du chapitre, des recommandations pratiques et suggestions pour les recherches futures seront formulées.

La motivation et l'ouverture envers les interventions

Influencée par les études empiriques antérieures, l'hypothèse initiale de cette recherche était que les jeunes plus motivés à changer leur consommation seraient aussi les plus ouverts aux interventions. Cependant, l'analyse des relations entre les niveaux de motivation et l'ouverture envers les interventions, guidée par le cadre théorique, a fait ressortir la grande complexité des relations établies dans les contextes d'autorité. Tout d'abord, il faut rappeler que la motivation étant extrêmement dynamique, que se soit tel qu'analysée à l'aide du MTC ou tel qu'analysée à l'aide de la TAD, la classification des jeunes comme étant « motivés », « incertains d'être motivés » ou « non motivés » devient impossible. D'autant plus que la majorité des participants présentaient des niveaux et des sources de motivation à changer différentes pour chaque substance consommée.

Cependant, aux fins de cet exercice, une analyse des propos des jeunes qui se disaient résistants au changement d'au moins une substance a d'abord été réalisée. Il faut rappeler que cette catégorie n'est pas exclusive et que la majorité des jeunes qui s'y retrouvent ont aussi été cités dans les autres catégories inspirées du MTC, car ils étaient souvent ambivalents ou déjà en démarche de changement pour leur usage d'une autre substance. Initialement, les analyses ont démontré l'impossibilité de réaliser une association directe entre leur absence de motivation à changer et leur manque d'ouverture aux interventions ou aux intervenants. En fait, tandis que la moitié de ces jeunes semblaient plutôt réfractaires aux interventions et aussi à établir une relation avec

les éducateurs, pour l'autre moitié, cette relation n'a pas été démontrée. Ces mêmes résultats sont ressortis des analyses des propos des jeunes ambivalents ou en changement actif. C'est-à-dire que d'après les analyses réalisées à partir de leur point de vue, il a été impossible d'associer leur degré de motivation au changement à leur ouverture envers les interventions.

C'est alors que la TAD a été utilisée afin de vérifier la possibilité d'une relation entre le niveau d'intégration de la motivation des jeunes (autonome ou contrôlée) et leur ouverture aux interventions et aux intervenants. Encore ici, l'hypothèse était que les jeunes motivés par des contraintes externes et des récompenses extérieures à leur comportement seraient davantage fermés aux interventions visant la modification du comportement (au moins à celles sans relation directe avec la gratification attendue), tandis que ceux qui démontreraient une motivation plus autonome seraient plus ouverts. Cette relation n'a pas été observée non plus. Indépendamment du niveau d'intégration de la motivation, certains participants étaient ouverts tandis que d'autres non.

Bref, les analyses portent à croire que l'ouverture envers les interventions et les intervenants ne peut pas s'expliquer par les caractéristiques de la motivation au changement des jeunes. Cela va à l'encontre des propositions de Kennedy (2000), pour qui la motivation serait un des facteurs internes de réceptivité (en tant qu'ouverture aux interventions). Toutefois, cette thèse a utilisé un cadre théorique et une approche qualitative qui s'intéressent au point de vue des jeunes interviewés et qui ne favorisent pas les catégories thématiques exclusives. Ainsi, les jeunes peuvent être motivés à changer leur consommation d'une substance sans l'être pour une autre, de même qu'ils peuvent démontrer différents types de motivation à changer (contrôlé, autonome, etc.) dépendamment de la substance consommée. De plus, ils peuvent être ouverts à certains types d'intervention ou à certains éducateurs, et non pas à d'autres. Cette façon d'aborder la thématique de recherche rend difficile l'établissement d'associations plutôt linéaires entre la motivation et l'ouverture.

Par contre, c'est aussi ce type de compréhension et d'analyse qui est, d'après les théories utilisées, le plus pertinent pour discuter de la motivation et des relations établies en contexte d'autorité. En utilisant le cadre théorique proposé, il apparaît limité de considérer les jeunes en difficulté comme peu ou pas motivés à changer leur consommation de SPA. D'abord, nos analyses démontrent que les perceptions sur la nécessité ou les possibilités d'amorcer un processus de changement varient beaucoup d'un jeune à l'autre. De plus, un jeune peut éprouver une motivation autonome à changer l'usage d'une substance et être complètement amotivé par rapport à une autre. Ainsi, l'approche choisie pour intervenir auprès des jeunes en difficulté devrait prendre en considération les nuances et la dynamique des motivations des jeunes afin de mieux adapter les services offerts et de mieux comprendre les raisons associées au succès et à l'échec de certaines interventions et intervenants vis-à-vis de certains adolescents.

D'autre part, les analyses démontrent que si la motivation des jeunes ne semble pas avoir d'influence marquée sur leur ouverture envers les interventions, cette dernière peut, parfois et dans une certaine mesure, influencer la première. Du moins c'est ce que suggèrent les jeunes qui affirment que la relation positive et soutenante établie avec un éducateur a eu un impact sur leur désir de changer leur consommation (voir la sous-section 4.2.1.1) ou bien qui attribuent un rôle significatif aux activités offertes pendant le placement dans leur processus de changement (voir les sous-sections 4.2.1.8 et 4.2.1.9). Dans ce sens, les relations interpersonnelles gratifiantes aux yeux des jeunes semblent favoriser non seulement leur ouverture aux interventions, mais aussi leur motivation à changer.

En écrivant cette thèse, l'intention principale était d'élaborer une discussion sur les processus motivationnels des jeunes pris en charge, qui serait non seulement pertinente au niveau théorique, mais aussi et surtout utile à la pratique des intervenants qui côtoient quotidiennement ces adolescents dans les centres de réadaptation. Malgré cela, l'association des deux modèles théoriques proposés peut à première vue paraître trop complexe pour sa mise en pratique. Cependant, les créateurs des deux modèles avaient

également le souci de l'accessibilité et de l'applicabilité de leurs théories qui ont le mérite de présenter des concepts plutôt abstraits d'une façon simple et intelligible.

L'idée de catégoriser les motivations des jeunes en différents degrés de disponibilité au changement et différents niveaux d'intégration de la motivation peut sembler complexe. Toutefois, cette catégorisation précise ne semble ni nécessaire, ni utile. L'apport le plus important de ces modèles combinés est de pouvoir considérer diverses sources de motivation au changement et que chacune de ces sources soient évaluées sans croyances préconçues (par ex. ne pas croire qu'il existe des sources de motivation plus « nobles » et « valables » que d'autres). Dans ce sens, un client qui diminue sa consommation en réponse aux contraintes du milieu serait considéré aussi motivé qu'un autre qui le fait suite à une décision personnelle d'améliorer sa qualité de vie. Le plus important est donc d'identifier les sources de motivation dès le début et tout au long du processus d'intervention et de pouvoir choisir des approches adaptées au profil du client, qui faciliteraient l'intégration de la motivation (si nécessaire) ainsi que la réalisation et le maintien des changements.

Le contexte d'autorité

Les participants semblent considérablement plus ouverts aux interventions et aux éducateurs qui sont moins autoritaires. Malgré le contexte contraignant dans lequel se trouvent les jeunes, l'observation des unités de vie au quotidien témoigne de l'énorme variation de l'ampleur que prend la dimension « autorité » dans le placement. Évidemment, dans les unités fermées, cet aspect est plus visible étant donné le niveau de contrôle plus élevé qui y est exercé (configuration physique des lieux, les portes barrées, les déplacements surveillés, etc.). Dans les unités ouvertes, les jeunes jouissent de plus de liberté, mais ils sont quand même généralement soumis à un niveau de surveillance et de contrôle beaucoup plus élevé que celui auquel ils étaient habitués à l'extérieur du centre. Cependant, dans les deux milieux, les observations et les propos des jeunes ont souligné les nombreux efforts de la part de certains éducateurs pour atténuer les aspects contraignants de l'environnement, ainsi que la relation hiérarchique naturellement présente entre les jeunes et eux. Ces efforts semblent porter fruits puisque la majorité des

participants ont perçu positivement certaines caractéristiques des interventions et des éducateurs, la plupart étant associées à une utilisation moindre de l'autorité ainsi qu'à des attitudes empathiques et respectueuses face au point de vue des jeunes. Cela semble indiquer une différence importante entre « contrainte » et « encadrement », la première ayant un impact plutôt inhibitoire sur l'ouverture, tandis que l'effet du deuxième est plutôt neutre.

En fait, les perceptions des participants sur le rôle de l'encadrement dans leur motivation au changement sont aussi très variables. Tandis que certains considéraient l'encadrement comme une punition pour leurs comportements, d'autres étaient capables d'identifier des aspects positifs de leur quotidien dans les unités de vie et manifestaient un certain soulagement dû à l'éloignement des circonstances associées à la consommation. Le fait de se sentir « encadré » peut donc être associé à une sensation de « sécurité » pour quelques jeunes. D'après les propos de certains participants, l'éloignement des situations et des partenaires de consommation les ont aidés à prendre un certain recul face à leur situation et ont facilité leur réflexion à propos des conséquences indésirables de leur usage de drogues sur leur vie. Évidemment, le placement dans des centres de réadaptation doit rester une mesure exceptionnelle, applicable seulement dans les cas où d'autres stratégies de réadaptation dans la communauté ont précédemment échoué. Néanmoins, il reste que le placement des jeunes, lorsqu'il est inévitable, peut leur offrir une opportunité de réévaluer leur propre vie et d'y apporter les changements souhaités.

Cependant, afin de favoriser une perception positive du « placement » et pour que les jeunes le voient comme une « opportunité », il apparaît important d'examiner la fréquence et l'intensité des interventions contraignantes appliquées dans les centres de réadaptation. Cela ne veut pas dire que les interventions coercitives (restriction de la liberté résiduelle, par exemple) n'aient pas leur place dans ces milieux. Les observations réalisées indiquent que ces interventions sont éventuellement nécessaires pour assurer la sécurité des jeunes et aussi du personnel. Par contre, à certains moments, l'utilisation et surtout l'intensité de la sanction semblaient moins associées à la gravité du comportement de l'adolescent. C'est probablement à ce type de situation que les jeunes

font référence quand ils se plaignent de l'emploi « exagéré » de méthodes d'intervention autoritaires par les éducateurs. En fait, un des principes du comportementalisme souligne que l'utilisation excessive des gratifications ou des punitions crée une habitude chez l'organisme qui fait en sorte qu'autant les gratifications que les punitions tendent à perdre leur effet (Skinner, 1953). Or, si les jeunes sont bombardés d'interventions correctives, il est probable qu'ils deviendront apathiques et peu réactifs au fil du temps, nuisant ainsi à leur processus de changement. De plus, les répréhensions constantes peuvent diminuer le sentiment de compétence personnelle des jeunes et cette perception de compétence est un important ingrédient de la motivation (Deci & Ryan, 2000). Ainsi, le grand défi d'un centre de réadaptation semble être celui « d'encadrer sans contraindre » (autant que possible).

Ce défi est d'autant plus important quand on prend en compte la complexité du rôle des éducateurs qui doivent trouver une façon efficace d'établir une relation d'aide basée sur la confiance tout en ayant en même temps, un rôle de surveillance et de contrôle. À l'instar d'autres auteurs (dosReis & Davarya, 2008; Heron & Chakrabarti, 2003; Watson, 2003), les observations ont montré que la nature et la diversité des tâches attribuées aux éducateurs dans les milieux résidentiels rendent leur travail de réadaptation auprès des adolescents particulièrement éprouvant. Dès l'arrivée du jeune à l'unité, les éducateurs sont responsables d'assurer non seulement l'adaptation et le bien-être de celui-ci pendant son séjour dans l'institution, mais aussi sa sécurité. Pour ce faire, les intervenants doivent accomplir plusieurs tâches variées dont : 1) appliquer les politiques et les principes théoriques prônées par l'institution afin de créer un environnement sécuritaire et prévisible qui soit adapté à la fois aux besoins des adolescents et à ceux de l'équipe; 2) se servir des événements et des interactions quotidiennes comme des opportunités d'intervention éducative; 3) aller au-delà du contrôle du comportement des résidents afin d'établir et maintenir un lien interpersonnel; 4) transmettre des valeurs considérées saines dans une perspective sociale et psychologique (Moses, 2000). Comme les discussions de cette thèse l'ont souligné, la présence de cette dimension institutionnelle dans le rôle des éducateurs (la

surveillance et le contrôle) tend à avoir un grand impact sur l'ouverture authentique des jeunes aux interventions dans ces milieux.

Les interventions en toxicomanie

Il importe de souligner que les éducateurs ne sont pas des intervenants en toxicomanie et que cette problématique n'est généralement qu'une parmi plusieurs autres présentées par les jeunes pris en charge. Cette démarche d'étude n'a donc jamais eu pour objectif d'évaluer leur performance par rapport aux interventions ciblant la consommation de SPA, loin de là. Cependant, il reste que les éducateurs sont souvent les premiers intervenants auxquels les adolescents sont confrontés lors du placement et donc, souvent les premiers à recevoir (ou à identifier) une demande d'aide, s'il y a lieu. En plus, pendant le placement des jeunes, les éducateurs sont généralement ceux qui les dirigent vers les programmes de réadaptation jugés nécessaires, dont les programmes de traitement de la toxicomanie. D'ailleurs, les analyses démontrent que la relation de confiance établie entre les jeunes et les éducateurs peut favoriser la demande et l'acceptation des programmes d'intervention disponibles. En fait, au cours des entrevues et observations sur le terrain, il est devenu clair que la qualité des relations interpersonnelles établies entre jeunes et éducateurs pouvait avoir un important impact sur la motivation au changement des jeunes ainsi que sur leur ouverture envers les interventions. Bref, si les éducateurs ne sont pas des intervenants en toxicomanie, il reste que leur proximité avec les jeunes leur offre une situation privilégiée pour évaluer les problèmes de consommation, orienter les jeunes vers les ressources d'aide disponibles si nécessaire ou seulement les accompagner dans leur processus motivationnel en respectant le plus possible leur rythme de changement.

Toutefois, les analyses indiquent qu'il ne faut pas considérer que tous les adolescents consommateurs de SPA placés en CJ auraient besoin d'une intervention spécialisée en toxicomanie. Il est vrai que certains participants semblaient gérer relativement bien leur consommation et la nécessité d'une intervention était questionnable. De même, les théories privilégiées dans cette thèse suggèrent que le refus catégorique d'un jeune vis-

à-vis les interventions spécialisées dans la toxicomanie doit être respecté et si possible, d'autres alternatives d'aide, plus adaptées à son profil, doivent être explorées avec lui. Par exemple, un jeune peut ne pas être prêt à participer à un programme de traitement, mais peut accepter de réaliser une évaluation détaillée de sa consommation et d'en discuter de façon informelle avec son éducateur de suivi.

Néanmoins, une catégorie de participants attire particulièrement l'attention. Il s'agit des adolescents contrevenants, placés dans les unités fermées, qui ont été classés « feux rouges » selon la DEP-ADO, qui reconnaissent avoir des problèmes de toxicomanie et qui se disent motivés à participer à un programme de traitement. Or, ces jeunes n'ont pas accès à ce type d'intervention à l'intérieur des murs et leur sortie du centre implique une logistique assez compliquée étant donné les mesures de sécurité nécessaires à leur déplacement. Malgré tout, il reste que cette situation est regrettable dans la mesure où la prise en charge devrait ouvrir aux jeunes des possibilités de changement et d'interventions auxquelles ils n'ont pas facilement accès à l'extérieur³⁹ du centre plutôt que d'en limiter l'accès à cause du placement. La motivation étant assez fluctuante et dynamique, il serait souhaitable que les jeunes reçoivent de l'aide au moment où ils la demandent ou qu'ils sont prêts à l'accepter.

L'initiative du partenariat entre le CJM et un centre de traitement en toxicomanie (mentionnée dans les chapitres 4 et 5) visant l'évaluation des jeunes et leur suivi à l'extérieur fait preuve d'un avancement dans les politiques, mais cela reste encore insuffisant. Or, il semble qu'on gaspille dans une certaine mesure l'opportunité d'engager les jeunes dans le traitement pendant qu'ils se disent disponibles et qu'ils sont, de toute façon, en processus de réadaptation à l'interne. Profiter de ce temps pour explorer avec eux les possibilités de changement et de prévention de la rechute pourrait favoriser le maintien des changements de la consommation lors de leur sortie du centre. De plus, dans une perspective internationale, l'inaccessibilité aux programmes de

³⁹ Bien que les centres de traitement en toxicomanie soient gratuits, il existe souvent des listes d'attente auxquelles les individus doivent s'inscrire afin de participer à un programme de traitement.

traitement de la toxicomanie pour les individus pris en charge dans les milieux fermés (c.-à-d. incarcérés) peut être considérée comme une atteinte à leurs droits humains :

« (...) [F]rom a human rights perspective, drug dependence should be treated like any other health-care condition. (...) denial of medical treatment and/or absence of access to medical care in custodial situations may constitute cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and is therefore prohibited under international human rights law. (...) » (International harm reduction association and Human rights watch, 2009, p.14)

La seule intervention en toxicomanie à laquelle les jeunes sont exposés pendant le placement (mises à part les discussions avec les éducateurs) est le GRD et si cette activité semble assez prometteuse, il y aurait sûrement place à des améliorations dans sa mise en pratique. Il importe de noter que plusieurs groupes observés étaient animés par des éducateurs qui le faisaient pour la première fois, il est donc compréhensible qu'ils soient restés davantage collés au « guide » de l'activité. En outre, ces éducateurs ont été formés lors de séances d'une durée de deux jours, ce qui est probablement suffisant s'ils sont encadrés pendant leurs premières expériences et supervisés périodiquement par la suite. Dans les unités fermées, les éducateurs qui animaient leur premier groupe étaient soutenus par un intervenant plus expérimenté au niveau de la toxicomanie, mais nous ignorons si ces supervisions se sont poursuivies. Les données portent à croire que les superviseurs doivent attirer l'attention des animateurs sur le besoin de donner plus la parole aux jeunes, de leur faire jouer un rôle plus actif, de ne pas suivre avec trop de rigidité le contenu préétabli pour chaque session, mais de se laisser guider un peu plus par les préoccupations et intérêts des participants. L'accent mis sur le rôle actif des jeunes lors de cette activité pourrait favoriser leur identification aux objectifs du GRD et ainsi, leur participation et leur engagement.

Les recommandations

Concernant les interventions visant les jeunes consommateurs de SPA pris en charge, les recommandations de cette thèse se résument comme suit :

- Indépendamment de l'outil d'évaluation de la toxicomanie choisit par le centre de réadaptation, il faut s'assurer que les éducateurs prennent le temps de le remplir le plus tôt possible dès l'arrivée du jeune à l'unité, afin d'évaluer rapidement ses besoins et son profil de consommation. Ainsi, si un jeune présente (ou est à risque de présenter) des symptômes de sevrage par exemple, les éducateurs seront plus alertes pour lui offrir le soutien nécessaire. Cependant, l'évaluation de la toxicomanie ne devrait pas seulement être réalisée en début de placement, mais dès que les éducateurs le jugent nécessaire et que les jeunes se portent volontaires. En fait, non seulement le profil de consommation peut changer pendant le placement, mais en fonction de la relation de confiance que le jeune développera éventuellement avec les éducateurs, il peut se montrer plus ouvert à l'évaluation un peu plus tard.
- Il est nécessaire de sensibiliser les éducateurs à l'importance de chaque source de motivation à changer, afin de défaire l'idée selon laquelle les sources externes sont invalides ou moins valables que les motivations internes. L'acceptation des jeunes selon leur rythme et peu importe leurs raisons de changement semble essentielle tant pour l'intégration de la motivation que pour l'établissement de la confiance et de la relation d'aide.
- Les éducateurs doivent également saisir l'importance des relations interpersonnelles comme sources de motivation pour les jeunes. Ainsi, ils doivent comprendre et valoriser (dans la mesure du possible) les liens interpersonnels que les jeunes entretiennent à l'extérieur du centre et qui peuvent favoriser leur ouverture. Mais plus que cela, il est important que les éducateurs prennent conscience de leur propre

rôle en tant qu'agent motivationnel vis-à-vis les jeunes. Des formations sur les principes de l'entrevue motivationnelle pourraient être très utiles aux éducateurs et ce, non seulement pour intervenir au niveau de la toxicomanie, mais sur tous les comportements problématiques, à l'aide d'une approche qui valorise l'empathie, l'authenticité et le respect. De plus, en utilisant le même style d'intervention autant pour les jeunes consommateurs que pour les non-consommateurs, les éducateurs pourraient éviter des situations comme celle décrite à la page 108 où nous discutons des risques d'accorder une attention démesurée aux jeunes consommateurs. D'après nous, il ne faut surtout pas que les jeunes non-consommateurs puissent se sentir moins intéressants aux yeux des éducateurs que les jeunes consommateurs. Pour les premiers, cela peut diminuer leur sentiment de compétence, tandis que pour les deuxièmes, cela peut renforcer les propos provocateurs concernant leur usage de drogues et ralentir le processus de motivation au changement.

- En fait, tel que démontré dans le chapitre cinq de cette thèse, l'approche motivationnelle semble proposer un intéressant cadre théorico-pratique pour les interventions auprès des jeunes en difficulté placés dans des contextes d'autorité. Cette approche, en plus de préconiser un style d'intervention emphatique et respectueux, offre aussi un éventail de techniques d'intervention qui visent à aider le client à prendre une décision afin de résoudre une situation problématique. Nous sommes convaincus que les interventions des éducateurs en CJ (même en étant des intervenants généralistes) pourraient être significativement bonifiées à travers la mise en pratique des quatre stratégies générales de l'EM (faire preuve d'empathie, développer les divergences, éviter les argumentations et nourrir le sentiment d'efficacité personnelle), ainsi que pour les techniques plus spécifiques au début du processus d'intervention (p.ex. faire ressortir le « discours-changement », poser des questions ouvertes, l'écoute active et le reflet, etc.). Qui plus est, l'approche motivationnelle suggère que les intervenants doivent chercher à impliquer des personnes significatives pour le client dans le processus d'intervention. Cela semble particulièrement utile pour la population de cette étude étant donné que les jeunes affirment qu'une des sources de leur motivation à changer provient de leurs relations interpersonnelles. Toutes les techniques de l'EM sont présentées en détail

dans le livre de Miller et Rollnick (2002) ainsi que dans les divers articles publiés par ces auteurs.

- Bien que des formations et des programmes de sensibilisation puissent (et dans notre sens, doivent) être offerts aux éducateurs en CJ, ces initiatives peuvent s'avérer un échec si des changements organisationnels ne sont pas réalisés. Tel que mentionné dans les pages 109 et 223 de cette thèse, la charge de travail des éducateurs semble effectivement assez lourde. Il nous semble que le temps accordé par les éducateurs pour remplir de nombreux formulaires et organiser la routine et les activités quotidiennes dans l'unité est significativement supérieur au temps que leur reste pour réaliser les interventions de réadaptation et pour leur propre formation professionnelle (études et supervision). Or, dans notre sens, le CJ pourrait offrir les meilleures formations professionnelles possibles et cela serait inutile si les éducateurs n'ont pas les conditions de travail nécessaires pour mettre en œuvre de façon efficace les interventions, s'ils n'ont pas le temps de se préparer pour animer l'intervention, s'ils ne sont pas supervisés et soutenus par des intervenants plus expérimentés (au moins dans un premier moment). Ainsi, nous croyons que la direction du CJ devrait réaliser, sans plus tarder, un processus de réflexion concernant le rôle attribué aux éducateurs dans cette institution et les conditions qui leurs sont offertes pour répondre aux exigences de ce rôle. Tout au long des huit mois passés au CJM, nous avons rencontré des éducateurs idéalistes, énormément doués et soucieux de la qualité de leur travail auprès des jeunes, qui pourraient sûrement être beaucoup plus utiles (et heureux) en passant plus de temps auprès des jeunes que derrière un bureau.
- Conformément à ce qui a été mentionné plus haut, quoique la consommation ne soit pas la seule et bien souvent pas la plus importante problématique présentée par les jeunes pris en charge, il reste que certains se disent ouverts à participer à des programmes de traitement de la toxicomanie. Ces jeunes doivent avoir l'opportunité de suivre un traitement pendant leur placement, peu importe le niveau d'encadrement auquel ils sont soumis. Dans ce sens, il est nécessaire que les centres

de réadaptation développent des services en toxicomanie qui puissent être offerts à l'intérieur des murs pour les jeunes qui n'ont pas l'autorisation de sortir du centre.

- Concernant spécifiquement le CJM, suite aux premières expériences avec le GRD, il est conseillé de réunir les éducateurs impliqués et d'évaluer avec eux les possibilités et les limites de cette intervention dans le but d'adapter, si nécessaire, le protocole de l'activité ou les séances de formation. Il est également souhaitable de procéder à une évaluation quantitative et anonyme de cette activité par les jeunes. Il faut cependant insister sur le besoin évident de supervision et d'accompagnement des animateurs, surtout lors de leur première année d'animation.

Les recherches futures

Plusieurs possibilités de recherche s'ouvrent à l'issue de cette thèse et il importe d'en mentionner quelques-unes. Tout d'abord, ce travail doit se poursuivre par une analyse du point de vue des éducateurs sur les thèmes de cette étude. Il semble important de donner aussi la parole aux éducateurs pour connaître leur point de vue sur la consommation de SPA dans le CJ et les enjeux de celle-ci sur leur pratique quotidienne, les motivations des jeunes placés et leur ouverture envers leurs interventions, ainsi que leurs perceptions sur leur pratique de travail.

Une recherche quantitative visant à vérifier l'impact de diverses variables identifiées dans cette thèse (tels que les caractéristiques des jeunes, des intervenants et du contexte) sur la motivation au changement et l'ouverture envers les interventions des jeunes s'avère tout à fait pertinente.

Finalement, tout comme pour la motivation, les recherches sur l'alliance de travail avec les adolescents en contexte d'autorité sont également très rares. Ainsi, il serait fort intéressant de mener des études qui viseraient à comprendre les facteurs associés à l'établissement de l'alliance de travail ainsi que l'impact de cette alliance sur la motivation des jeunes au changement de comportements problématiques.

Bibliographie

Aarons, G., Monn, A., Hazen, A., Connelly, C., Leslie, L., Landsverk, J., ... , Brown, S. (2008). Substance involvement among youth in child welfare: the role of common and unique risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 340-349.

Allen, D. (2003). Treating the cause not the problem: vulnerable young people and substance misuse. *Journal of Substance Use*, 8, 47-54.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.

Andrews, D. A., Kiessling, J. J., Robinson, D., & Mickus, S. (1986). The risk principle of case classification : an outcome evaluation with young adult probationers. *Canadian Journal of Criminology*, 28, 377-384.

Arden, M. A., & Armitage, C. J. (2008). Predicting and explaining transtheoretical model stage transitions in relation to condom-carrying behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 719-735.

Austin, A., Hospital, M., Wagner, E. F., & Morris, S. L. (2010). Motivation for reducing substance use among minority adolescents : targets for intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 399-407.

Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2045-2068.

Bachmann, L. H., Grimley, D. M., Chen, H., Aban, I., Hu, J., Zhang, S., ... Hook, E. W. (2009). Risk behaviours in HIV-positive men who have sex with men participating in an intervention. *International Journal of STD and AIDS*, 20, 607-612.

Bachman, J. G., Johnston, L. D., & O'Malley, P. M. (1990). Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduced drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(2), 173-184.

Baer, J. S. (1993). Etiology and secondary prevention of alcohol problems with young adults. Dans: J. S. Baer, G. A. Marlatt, & R. J. McMahon, R. (dir.). *Addictive behaviours across the life span: prevention, treatment and policy issues* (p.111-137). Newbury Park, CA: Sage.

Baer, J. S, & Peterson, P. L. (2002). Motivational interviewing for adolescents and young adults. Dans W. R. Miller & S. Rollnick (dir.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (p. 320--332). New York, NY: Guilford Press.

Baker, A. J. I., Ashare, C., & Charvat, B. J. (2009). Substance use and dependency disorders in adolescents girls in group living programs: prevalence and associations with milieu factors. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(1), 42-57.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: Freeman.

Barnes, G. M., Hoffman, J. H., Welte, J. W., Farrell, M. P., & Dintcheff, B. A. (2007). Adolescents' time use : effects on substance use, delinquency and sexual activity. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 697-710.

Barnett, N. P., Lebeau-Craven, R., O'Leary, T. A., Colby, S. M., Woolard, R., Rohsenow, ... Monti, P. M. (2002). Predictors of motivation to change after medical

treatment for drinking-related events in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, *16*, 106–112.

Batjes, R. J., Gordon, M. S., Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *24*, 221-232.

Bee, H., & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement : les âges de la vie*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.

Ben Amar, M. (2007). *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*. Montréal, Québec: Centre québécois de lutte aux dépendances.

Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L.-G., Brochu, S., & Landry, M. (2009). Consommation de cannabis et utilisation des techniques de l'Entretien Motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents. *RISQ-INFO, le journal semestriel du groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec*, *17*(1), 5-8.

Bernstein, D. J. (1990). Of carrots and sticks: a review of Deci and Ryan's intrinsic motivation and self-determination in human behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *54*(3), 323-332.

Berry, M. (1998). Adoption in an era of family preservation. *Children and Youth Services Review*, *20*, 1-12.

Berry, T., Naylor, P. J., & Wharf-Higgins, J. (2005). Stages of change in adolescents: an examination of self-efficacy, decisional balance, and reasons for relapse. *Journal of Adolescent Health*, *37*, 452-459.

Bolognini, M., Plancherel, B., Winnington, M. E., Bernard, M., Stéphan, P., & Halfon, O. (2007). Substance early initiation among violent and nonviolent antisocial adolescents. *Addiction Research and Theory, 15*(6), 561-574.

Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research, 7*(3) : 34-37.

Boys A, Lenton S, & Norcross, K. (1997). Polydrug use at raves by a Western Australian sample. *Drug and Alcohol Review, 16*, 227-234

Boys, A., & Marsden, J. (2003). Percieved function predict intensity of use and problems in young polysubstances users. *Addiction, 98*, 951-963.

Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., Griffiths, P., Stillwell, G., & Strang, J. (1999). What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 6*, 373-389.

Boys, A., Marsden, J., & Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health Education Research, 16*(4), 457-469.

Braithwaite, R. L., Cornely, R. C., Robillard, A. G., Stephens, T., & Woodring, T. (2003). Alcohol and other drug use among adolescent detainees. *Journal of Substance Use, 8*, 1-16.

Breda, C. S., & Heflinger, C. A. (2004). Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(2), 251-267.

Breda, C. S., & Heflinger, C. A. (2007). The impact of motivation to change on substance use among adolescents in treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 16*, 109-124.

Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité : une relation complexe*. Montréal, Québec: Les presses de l'Université de Montréal.

Brochu, S., & Parent, I. (2005). *Les flambeurs : trajectoires d'usagers de cocaïne*. Ottawa, Ontario : Les presses de l'Université d'Ottawa.

Brodeur, N., Rondeau, G., Brochu, S., Lindsay, J., & Phelps, J. (2008). Does the transtheoretical model predict attrition in domestic violence treatment programs? *Violence and Victims*, 23(4), 493-507.

Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 608-623.

Brown, S. A., 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(3), 381-388.

Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (1998). *Des cheminements vers un style de vie déviant : adolescents des Centres jeunesse et des centres pour toxicomanes*. (Rapport remis à la Fondation Cité des Prairies). Montréal, Québec: Centre international de criminologie comparée.

Brunelle, N., Brochu, S., Cousineau, M.-M. (2003). Points de vue d'adolescents quant aux liens entre leur usage de drogues et leur délinquance. *L'intervenant, revue sur l'alcoolisme et la toxicomanie (dossier drogue-crime)*, 19(3), 19-22.

Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2002). Trajectoires types de déviance juvénile : un regard qualitatif. *Revue canadienne de criminologie*, 44(1), 2-32.

Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2002a). La famille telle que vécue par les jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. *Drogues, santé et société, 1*, 1-20.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Durnn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: what we know so far. Dans: W. R. Miller & S. Rollnick (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (p. 217-250). New York, NY: Guilford Press.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843-861.

Cady, M. E., Winters, K. C., Jordan, D. A., Solberg, K. B., & Stinchfield, R. D. (1996). Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 5*(1), 73-91.

Caldwell, L. L., Baldwin, C. K., Walls, T., & Smith, E. (2004). Preliminary effects of a leisure education program to promote healthy use of free time among middle school adolescents. *Journal of Leisure Research, 36*(3), 310-335.

Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & TaylorDoes stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoretical model. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1834-1847.

Chassin L, & Barrera M. (1993). Substance use escalation and substance use restraint among adolescent children of alcoholics. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*(1), 3-20.

Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E.M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: the case for nature and nurture. *American Psychologist*, *55*, 218-232.

Comasco, E., Berglund, K., Orelund, L., & Nilsson, K. W. (2010) Why do adolescents drink? Motivational patterns related to alcohol consumption and alcohol-related problems. *Substance Use & Misuse*, *45*, 1589-2491.

Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: selecting and planning interventions*. New York, NY: Guilford Press.

Conte, C., Snyder, C., & McGuffin, R. (2008). Using self-determination theory in residential settings. *Residential Treatment for Children & Youth*, *25*(4), 307-318.

Cosden, M., Basch, J. E., Campos, E., Greenwell, A., Barazani, S., & Walker, S. (2006). Effects of motivation and problem severity on court-based drug treatment. *Crime & Delinquency*, *52*, 599-618.

Courtney, M. E., Piliavin, I., Grogan-Kaylor, A., & Nesmith, A. (2001). Foster youth transitions to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*, *80*(6), 685–717.

Crewe, B., & Maruna, S. (2006). Self-Narratives and Ethnographic Fieldwork. Dans D. Hobbs & R. Wright (dir.), *The sage handbook of fieldwork* (p. 109-123). Londres, Angleterre: Sage.

Cummins, C., Paiva, A., Evers, K., Johnsons, J.L., Prochaska, J.O., & Prochaska, J.M. (2004). Developing transtheoretical model measures for prevention and cessation of alcohol use in high schools. *Annals of Behavioural Medicine*, *27*, 183-195.

Curry, S., Kristal, A.R., & Bowen, D.J. (1992). An application of the stage model of behaviour change on dietary fat reduction. *Health Education Research*, 7(1), 97-105.

Curtis, P. A., Alexander, G., & Lunghofer, L. A. (2001). A literature review comparing the outcomes of residential group care and therapeutic foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(5), 377-392.

Daley, A. J., & Duda, J. L. (2006). Self-determination, stage of readiness to change for exercise, and frequency of physical activity in young people. *European Journal of Sport Science*, 6, 231-243.

D'Amico, E. J., & McCarthy, D. M. (2006). Escalation and initiation of younger adolescents' substance use : the impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health*, 39, 481-487.

Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? *British Journal of Addiction*, 87, 821-822.

Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, NY: Plenum press.

Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalisation: the self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. Dans L. Berkowitz (dir.), *Advances in experimental social psychology* (p. 39-80). New York, NY: Academic press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: integration in personality. Dans: R. Dienstbier (dir.), *Nebraska symposium on motivation: perspectives on motivation* (p.237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and the “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well being across life’s domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.

Dembo, R., & Schmeidler, J. (2003). A classification of high risk youths. *Crime & Delinquency*, 49(2), 201-230.

Dembo, R., Wareham, J., & Schmeidler, J. (2007). Drug use and delinquent behavior: a growth model of parallel processes among high-risk youths. *Criminal Justice and Behavior*, 34(5), 680-696.

Demmel, R., Beck, B, Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10(3), 133-138.

Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P Deslauriers, L.-H Groulx, A. Lapière, R. Mayer, A. P. Pirès (dir.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (85-112). Montréal, Québec: Gaëtan Morin

DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change, implications for substance abuse. *Psychological Science*, 10(3), 209-213.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. New York, NY: The Guilford Press.

DiClemente, C. C. (2005). Conceptual models and applied research: the ongoing contribution of the transtheoretical model. *Journal of Addictions Nursing, 16*, 5-12.

DiClemente, C. C., Nidecker, M. & Bellack, A. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 25-35.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change. Dans S. Shiffman & T. A. Wills (dir.), *Coping and substance use* (p. 342-363). Orlando, FL: Academic Press.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviours. Dans W. R. Miller & N. Heather (dir.). *Treating addictive behaviours* (p. 3-24). New York, NY: Plenum Press.

DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmel, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addiction, 13*, 103-119.

DiClemente, C. C., & Scott, C. W. (1997). Stages of change: interaction with treatment compliance and involvement. Dans: L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (dir.). *Beyond the therapeutic alliance: keeping the drug dependent individual in treatment* (NIDA monograph no 165, p.131-156). Rockville, MD: National institute of drug abuse.

DiClemente, C. C., & Velasquez, M. M. (2002). Motivational interviewing and the stages of change. Dans: W. R. Miller & S. Rollnick (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (p.201-216). New York, NY: Guilford Press.

Directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ, 2009). *Depuis 30 ans, des générations d'enfants protégés : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse*. Centres jeunesse du Québec. Repéré à http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12b27e38017be2da39/mes_documents/bilans/bilan_dpj_2009.pdf

Dolamanta, D. D., Risser, W. L., Roberts, R. E., Risser, J. M. (2003). Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 477-484.

dosReis, S., & Davarya, S. (2008). Staff perspectives of precipitants to aggressive behavior of adolescents in residential treatment facilities. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 85-101.

Downie, M., Koestner, R., & Chua, S. N. (2007). Political support for self-determination, wealth, and national subjective well-being. *Motivation & Emotion*, 31, 188-194.

Dunlap, S. (2009). *Internalization: a related process to stages-of-change among participants in a court-mandated substance abuse program* (Thèse de doctorat inédite). Auburn University.

Durocher, L., Pelletier, S., & Trudeau-LeBlanc, P. (2005). *Groupe de réflexion sur les drogues*. Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Eklund, J.M., & Klinteberg, B. (2009). Alcohol use and patterns of delinquent behavior in male and female adolescents. *Alcohol & Alcoholism*, 44(6), 607-614.

Erol, S., & Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 42-48.

Etter, J. F. (2005). Theoretical tools for the industrial era in smoking cessation counselling: a comment on West (2005). *Addiction, 100*(8), 1041-1042.

Everson, E., Taylor, A., & Ussher, M. (2009). Determinants of physical activity promotion by smoking cessation advisors as an aid for quitting: Support for the Transtheoretical Model. *Patient Education and Counseling, 78*(1), 53-56.

Feldman, H. L., Damron, D., Anliker, J., Ballestros, M., Langenberg, P., DiClemente, C. C., & Havas, S. (2000). The effect of Maryland WIC-5-a-day promotion program on participants' stage of change for fruit and vegetable consumption. *Health Education and Behaviour, 27*(5), 649-663.

Fergusson, D., & Horwood, L. (1998). Early conduct problems and later life opportunities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 1097-1108.

Fergusson, D., Horwood, L., & Lynksey, M. (1995). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction, 90*, 935-946.

Fickenscher, A., Novins, D. & Beals, J. (2006). A pilot study of motivation and treatment completion among American Indian adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors, 31*(9), 1402-1414.

Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, M. D. (1999). Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(3), 199-206.

Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A., & Stahl, S. (1999). A group motivational treatment of chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(3), 181-192.

Fountain, J., Barlett, H., Griffiths, P., Gossop, M., Boys, A. & Strang, J. (1999) Why Say No? Reasons given by young people for not using drugs. *Addiction Research*, 7, 339- 353.

Fowler, T., Shelton, K., Lifford, K., Rice, F., McBride, A., Nikolov, I., ... van den Bree, M. B. (2007). Genetic and environmental influences on the relationship between peer alcohol use and own alcohol use in adolescents. *Addiction*, 102, 894-903.

Garber, C. E., Allsworth, J. E., Marcus, B. H., Hesser, J., & Lapane, K. L. (2008). Correlates of the stages of change for physical activity in a population survey. *American Public Health Association*, 98(5), 897-904.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Benthin, A. C., & Hessling, R. M. (1996). A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15, 344-354.

Girvin, H. (2004). Beyond "stages of change": using readiness for change and caregiver-reported problems to identify meaningful subgroups in a child welfare sample. *Children and Youth Services Review*, 26, 897-917.

Glanz, K., Patterson, R. E., Kristal, A. R., DiClemente, C. C., Heimendiger, J., Linnan, L., & Ockene, J. (1994). Stages of change in adopting healthy diets: fat, fiber and correlates of nutrient intake. *Health Education Quarterly*, 21(4), 499-519.

Godin, G. Michaud F., Alary, M., Otis, J., Mâsse, B., Fortin, C., ... Gagnon, H. (2003). Evaluation of an HIV and STP prevention program for adolescents in juvenile rehabilitation centers. *Health Education and Behavior*, 30(5), 601-614.

Gordon, M. S., Kinlock, T. W., & Battjes, R. J. (2004). Correlates of early substance use and crime among adolescents entering outpatient substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 39-59.

Gould, J., & Payne, H. (2004). Health needs of children in prison. *Archives of Disease in Childhood*, *89*, 549-550.

Grann M, & Fazel S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *British Medical Journal*, *328*, 1233-1234.

Grimley, D. M., Riley, G. E., Bellis, J. M., & Prochaska, J. O. (1993). Assessing the stages of change and decision-making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases. and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Health Education Quarterly*, *20*(4), 455-470.

Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A., & Sutton, S. (2009). Do the transtheoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. *Addiction*, *104*, 828-838.

Guyon, L., & Desjardins, L. (2005). L'alcool et les drogues chez les élèves québécois de 12 à 18 ans. Dans L. Guyon, S. Brochu, & M. Landry (dir.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances* (p.1-37). Collection Toxicomanies. Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Handelsman, L., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2005). Contrasting predictors of readiness for substance abuse treatment in adults and adolescents: a latent variable analysis of DATOS and DATOS-A participants. *Drug and Alcohol Dependence*, *80*, 63-81.

Hannöver, W., Thyrian, J.R., Hapke, U., Rumpf, H.R., Meyer, C., John, U. (2002). The readiness to change questionnaire in subjects with hazardous alcohol consumption, alcohol misuse and dependence in a general population survey. *Alcohol and Alcoholism*, *37*(4), 362-369.

Hansen, W. B., & O'Malley, P. M. (1996). Drug use. Dans R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (dir). *Handbook of adolescent health risk behaviour* (p.161-192). New York, NY: Plenum.

Heron, G., & Chakrabarti, M. (2003) Exploring the perceptions of staff towards children and young people living in community-based children's homes. *Journal of Social Work*, 3(1), 81-98.

Hill, J., Emery, R. E., Harden, K. P., Mendle, J., & Turkheimer, E. (2008). Alcohol use in adolescent twins and affiliation with substance using peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 81-94.

Hiller, M. L., Narevic, E., Webster, J. M., Rosen, P. J., Stanton, M., Leukefeld, C., ... Kayo, R. (2009). Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers. *Substance Use & Misuse*, 44 (1), 28-41.

Hodgins, D. C. (2005). Weighing the pros and cons of changing change models: a comment on West (2005). *Addiction*, 100(8), 1036-1039.

Hodgins, H. S., & Knee, C. R. (2002). The integrating self and conscious experience. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (dir.), *Handbook of self-determination research* (p. 87–100). Rochester, NY: The University of Rochester Press.

Hoepfner, B. B., Velicer, W. F., Redding, C. A., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Pallonen, U. E., Meier, K. S. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation processes of change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 31, 1363-1372.

Holton, R. (2010). *Self-determination theory*. Notes de cours "Moral psychology". Massachusetts institute of technology (MIT). Repéré à <http://web.mit.edu/holton/www/courses/moralpsych/Lecture20.pdf>.

Horn, D. (1976). A model for the study of personal choice behaviour. *International Journal of Health Education*, 19, 89-98.

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

Hutchinson, A. J., Breckon, J. D., & Johnston, L. H. (2009). Physical activity behavior change interventions based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Education & Behavior*, 36(5), 829-845.

Hyman, S. M., & Sinha, R. (2009). Stress-related factors in cannabis use and misuse : implications for prevention and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 400-413.

International harm reduction association and Human rights watch (2009). *Building consensus: a reference guide to human rights and drug policy*. Repéré à <http://www.hrw.org/en/news/2009/03/09/building-consensus-reference-guide-human-rights-and-drug-policy>

Isenhardt, C. (1994). Motivational subtypes in an impatient sample of substance abusers. *Addictive behaviors*, 19, 463-475.

Jaccoud, M., & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Lapière, R. Mayer, A. P. Pirès (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.211-250). Montréal, Québec: Gaetan Morin.

Janis, I.L., & Mann, L. (1968). A conflict-theory approach to attitude change and decision making. Dans A. Greenwald, T. Brook, & T. Ostrm (dir.). *Psychological foundations of attitudes* (p. 327-360). New York, NY : Academic press.

Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York, NY: Free Press.

Jenson, J. M., Potter, C. C., & Howard, M. O. (2001). American juvenile justice: recent trends and issues in youth offending. *Social Policy & Administration, 35*, 48-68.

Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J., ... Sherman, K. (2008). Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine, 46*(3), 238-246.

Johnson, T. P., Cho, Y. I., Fendrich, M., Graf, I., Kelly-Wilson, L., & Pickup, L. (2004). Treatment need and utilisation among youth entering the juvenile corrections system. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*, 117-128.

Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood : further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 447-57.

Kennedy, K., & Gregoire, T. K. (2009). Theories of motivation in addiction treatment: testing the relationship of the transtheoretical model of change and self-determination theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 9*(2), 163-183.

Kennedy, S. M. (2000). Réceptivité au traitement : réduction de la récidive par des traitements plus efficaces. *Forum : Recherche sur l'actualité correctionnelle, 12*(2), 19-23.

Kiesner, J., & Fassetta, E. (2009). Old friends and new friends : their presence at substance-use initiation. *International Journal of Behavioral Development, 33*(4), 299-302.

Kilmer, J. R., Hunt, S. C., Lee, C. M., & Neighbors, C. (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: is perceived risk congruent with reality? *Addictive Behaviors, 32*, 3026-3033.

Kinlock, T. W., Battjes, R. J., & Gordon, M. S. (2004). Factors associated with criminal severity among adolescents entering substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues, 34*(2), 293-318.

Knee, C. R., & Neighbors, C. (2002). Self-determination, perception of peer pressure, and drinking among college students. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(3), 522-543.

Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation, 31*, 105-115.

Kohler, C. C., Grimley, D., & Reynolds, K. (1999). Theoretical approaches guiding the development and implementation of health promotion. Dans J. M. Raczynski & R. J. DiClemente (dir.), *Handbook of health promotion and disease prevention* (p.23-50). New York: Kluwer Academic.

Krebs, C.P., & Steffey, D.M. (2005). Club drug use among delinquent youth. *Substance Use & Misuse, 40*, 1363-1379.

Kuntsche, E., Knibbe, R. A., Gmel, G. & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review, 25*, 841-861.

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work: therapists contributions and responsiveness to patients* (p. 17-36). New York, NY: Oxford.

Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. Dans S. L. Garfield & A. E. Bergin (dir.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p.157-212). New York, NY: Wiley.

Landry, J. B., & Solmon, M. A. (2004). African American women's self-determination across the stages of change for exercise. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 457-469.

Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités psychométriques. *Drogues, Santé et Société*, 3, 35-67.

Laurier, C., & Lafortune, D. (2008). L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 189-209.

Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2008). Profils de consommation d'adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse. *Drogues, Santé et Société*, 7(2), 9-45.

LeBlanc, M. (1994). *Les adolescents en difficulté des années 1990 : les consommateurs de drogues du Centre Alternatives et les pupilles de la Chambre de la jeunesse de Montréal* (Rapport no1.). Montréal, Québec: Université de Montréal, École de psychoéducation, Groupe de recherche sur l'inadaptation sociale chez l'enfant.

Lennings, C. J., Lenny, D. T., & Nelson, P. (2006). Substance use and treatment seeking in young offenders on community orders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 425-432.

Le nouveau Petit Robert de la langue française (2010). Paris, France: LeRobert.

Levesque, D. A., Velicer, W. F., Castle, P. H., & Greene, R. N. (2008). Resistance among domestic violence offenders: measurement, development and initial validation. *Violence Against Women, 14*(2), 158-184.

Levy, K. B., O'Grady, K. E., Wish, E. D., & Arria, A. M. (2005). An in-depth qualitative examination of the ecstasy experience : results of a focus group with ecstasy-using college students. *Substance Use & Misuse, 40*, 1427-1441.

Littell, J. H., & Girvin, H. (2002). Stages of change: a critique. *Behavior Modification, 26*, 223-273.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

Lundqvist, T. (2005). Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 81*, 319-330.

Lynch, M. F., Plant, R. W., & Ryan, R. M. (2005). Psychological needs and threat to safety: Implications for staff and patients in a psychiatric hospital for youth. *Professional Psychology, 36*, 415-425.

Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Abrahams, D. B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology, 11*(6), 386-395.

- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811-831.
- Marsden, J., Boys, A., Farrell, M., Stillwell, G., Hutchings, K., Hillebrand, J., & Griffiths, P. (2005). Personal and social correlates of alcohol consumption among mid-adolescents. *British Journal of Developmental Psychology, 23*, 427-450.
- Martin, L. M., Peters, C. L., & Glisson, C. (1998). Factors affecting case management recommendations for children entering state custody. *The Social Service Review, 72*(4), 521-544.
- Mason, W. A., & Windle, M. (2002) Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: a longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 63-76.
- Matthews, B., & Hubbard, D. (2008). The helping alliance in juvenile probation. *Journal of Offender Rehabilitation, 45*(1), 105-122
- McClelland, G. M., Elkington, K. S., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2004). Multiple substance use disorders in juvenile detainees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(10), 1215-1224.
- McInstosh, J., MacDonald, F., & Mckeganey, N. (2005). Pre-teenage children's experiences of drug use. *Journal of Drug Policy, 16*(1), 37-45.
- McMahon, J., & Jones, B. T. (1993). Negative expectancy: the neglected factor in recovery from alcohol problems. *Addiction Research, 1*, 145-155.
- McNally, A. M., & Palfai, T. P. (2001). Negative emotional expectancies and readiness to change among college student binge drinkers. *Addictive Behavior, 26*, 721-734.

Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adults substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 485-507.

Migneault, J. P., Adams, T. B., & Read, J. P. (2005). Application of the transtheoretical model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 437-448.

Migneault, J. P., Pallonen, U. E., & Velicer, W. F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 22(3), 339-351.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change Addictive Behaviour*. New York, NY: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York, NY: Guilford Press.

Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Dans G. S. Nathan & P. E. Nathan (dir.), *Alcohol use and misuse by young adults* (p. 55-81). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

Morehouse, E., & Tobler, N. S. (2000). Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents. *Adolescence*, 35(137), 1-28.

Moses, T. (2000). Attachment theory and residential treatment: a study of staff-client relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 474-490.

Mullan, E., & Markland, D. (1997). Variations in self-determination across the stages of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion, 21*, 249-362.

Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care, 18*(7), 839-845.

Niemiec, C. P., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., Bernstein, J., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2006). The antecedents and consequences of autonomous self-regulation for college: a self-determination theory perspective on socialization. *Journal of Adolescence, 29*, 761-775.

Niemiec, C. P., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2009). Aspiring to physical health: the role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient Education and Counseling, 74*, 250-257.

Newburn, T. (1998). Young offenders, drugs and prevention. *Drugs, Education Prevention and Policy, 5*, 233-243.

Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: the effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology, 35*, 266-284.

Norman, G. J., Velicer, W. F., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1998). Dynamic typology clustering within the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors, 23*, 139-153.

Novacek, J., Raskin, R., & Hogan, R. (1991). Why do adolescents use drugs? Age, sex and user differences. *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 475-492.

Osbaldeston, R., & Sheldon, K. M. (2003). Promoting internalized motivation for environmentally responsible behavior: a prospective study of environmental goals. *Journal of Environmental Psychology, 23*, 349-357.

Orsi, M. M., & Brochu, S. (2010). Du sable dans l'engrenage: la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, santé et société, 8*(2), 141-185.

Orsi, M. M., Lafortune, D., & Brochu, S. (2010). Care and control: working alliance with adolescents in a context of authority. *Residential Treatment for Children & Youth, 27*, 1-27.

Oxford, M. L., Harachi, T. W., Catalano, R., Abbott, R. D. (2000). Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*(4), 599-616.

Pallonen, U. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prokhorov, A. V., & Smith, N. F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors, 23*(3), 303-324.

Pallonen, U. E., Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Bellis, J. M., Tsoh, J. Y., ... Prokhorov, A. V. (1998a). Computer-based smoking cessation interventions in adolescents: description, feasibility, and six-month follow-up findings. *Substance Use & Misuse, 33*, 935-965.

Palmqvist, R. K., Martikainen, L. K., & Von Wright, M. R. (2003). Reasons given for adolescents for alcohol and narcotics use, 1984-1999. *Journal of Youth and Adolescence, 32*(3), 195-203.

Parks, K. A., & Kennedy, C. L. (2004). Club drugs : reasons for and consequences of use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(3), 295-302.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., ..., Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Québec, Québec: Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.

Pavey, L. J., & Sparks, P. (2008). Threats to autonomy: motivational response to health-risk information about smoking. *European Journal of Social Psychology*, 38(5), 852-865.

Perkonigg, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103, 439-449.

Perri, G., Jupp, B., Perry, H., & Lasky, K. (1997). *The substance of youth : the role of drugs in young people's lives today*. York, Angleterre: Joseph Rowntree foundation.

Pirès, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pirès (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (113-169). Montréal, Québec: Gaetan Morin.

Plummer, B. A., Velicer, W. F., Redding, C. A., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Pallonen, U. E., Meier, K. S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking: measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26, 551-571.

Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pirès (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (173-209). Montréal: Gaetan Morin.

Prinz, R. J., & Kerns, S. E. (2003). Early substance use by juvenile offenders. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(4), 263-277.

Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Dans M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (dir.), *Progress in behavior modification* (p. 183-218). Sycamore, IL: Sycamore Publishing..

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2003). The transtheoretical approach. Dans: J. C. Norcross & M. R. Goldfried. *Handbook of psychotherapy integration* (147-171). New York, NY: Oxford University Press.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. (1982). Trans-theoretical therapy: toward a more integrated model of change. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, *47*(9), 1102-1114.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1979). *Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis* . Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, G. M., Marcus, B.H., Rakowski, W., ... Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, *13*, 39-46.

Pumariega, A. J., Johnson, N., & Sheridan, D. (1995). Emotional disturbance and substance abuse in youth placed in residential group homes. *The Journal of Mental Health Administration*, *22*(4), 426–432.

Przybylski, A. K., Ryan, R. M., & Rigby, C. S. (2009). The motivating role of violence in video games. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *35*, 243-259.

Régie Régionale de la santé et des services sociaux et les Centres jeunesse de Québec (1995). *Enquête auprès de la clientèle des centres de réadaptation des centres jeunesse de Québec*. Québec, Québec: RRSSS.

Richardson A, & Budd T. (2003). Young adults, alcohol, crime and disorder. *Criminal Behavior and Mental Health* *13*, 5-16.

Romero, E. G., Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., Welty, L. J., & Washburn, J. J. (2007). A longitudinal study of the prevalence, development, and persistence of HIV/sexually transmitted infection risk behaviors in delinquent youth: implications for health care in the community. *Pediatrics*, *119*, 1126-1141.

Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., & Leukefel, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, *36*(3), 387-396.

Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental Psychology*, *45*, 1119–1142.

Ruggiero, R., Tsoh, J. Y., Everett, K., Fava, J. L., & Guise, B. J. (2000). The transtheoretical model of smoking: comparison of pregnant and nonpregnant smokers. *Addictive Behaviors*, *25*(2), 239-251.

Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, *17*, 987-1006.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68-78

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. Dans M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (dir.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (p. 1-19). Champaign, IL: Human Kinetics.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, *49*, 186-193.

Ryan, R. M., & Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom: self-report and projective assessments of children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 550-558.

Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, *10*, 2-5.

Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, *20*(3), 279-297.

Schulenberg, J., Maggs, J. L., Steinman, K. J., & Zucker, R. A. (2001). Development matters: taking the long view on substance abuse etiology and intervention during adolescence. Dans P.M. Monty, S.M. Colby, S.M. O'Leary (dir.). *Adolescents alcohol and substance abuse: reaching teens through brief interventions* (p.19-57). New York, NY: Guilford Press.

Serin, R.C. & Kennedy, S. (1997). *Treatment readiness and responsivity: Contributing to effective correctional programming*. (Research Report. R-54). Ottawa, Ontario: Correctional Services of Canada.

Sheldon, K. M. (2006). Catholic guilt? Comparing catholics' and protestants' religious motivations. *International Journal for the Psychology of Religion*, *16*, 209-223.

Sheldon, K. M., Ryan, R. M., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*, 1270-1279.

Shen, Q., McLellan, A. T., & Merrill, J. C. (2000). Client's perceived need for treatment and its impact in outcome. *Substance Abuse*. *21*(1), 179-192.

Shin, S. H. (2004). Developmental outcomes of vulnerable youth in the child welfare system. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(1/2), 39–56.

Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241.

Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S., & Landry, M. (2004). Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies. *Drogues, santé et société*, 3(1), 38-56.

Simons, J., Correia, C. J., & Carey, K. B. (2000). A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. *Addictive Behaviors*, 25(1), 153-160.

Sinha, R., Easton, C., & Kemp, K. (2003). Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in community-based outpatient program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 585-597.

Skinner, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York, NY : Knopf

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Oxford, Angleterre: Macmillan.

Slavet, J. D., Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Monti, P. M., Colembeske, C., ... Craven, R. (2006). The marijuana ladder: measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 42–48.

Slesnick, N., Bartle-Haring, S., Erdem, G., Budde, H., Letcher, A., Bantchveska, D., & Patton, R. (2009). Troubled parents, motivated adolescents: predicting motivation to change substance use among runaways. *Addictive Behaviors*, 34, 675-684.

Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Smith, M., Wethington, E., & Zhan, G. (1996). Self-concept clarity and preferred coping styles. *Journal of Personality, 64*, 407–434.

Springer, D. W., Rivaux, S. L., Bohman, T., & Yeung, A. (2006) Predicting retention in three substance abuse treatment modalities among anglo, african american, and mexican american juvenile offenders. *Journal of Social Service Research, 32*(4), 135-155.

Stanley, N. (2007). Young people's and carers' perspectives on the mental health needs of looked-after adolescents. *Child and Family Social Work, 12*, 258-267.

Sung, M., Erkanli, A., Angold, A., & Costello, E. J. (2004). Effects of age at first substance use and psychiatric co-morbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 75*, 287--299.

Sutton, S. R. (1996). Can “stages of change” provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. Dans G. Edwards & C. Dare (dir.). *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions* (p. 189–205). Cambridge, MN: Cambridge University Press.

Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction, 96*, 175–187.

Taylor, D. M., Lydon, J. E., Bougie, E., & Johansen, K. (2004). “Street kids”: towards an understanding of their motivational context. *Canadian Journal of Behavioural Science, 36*(1), 1-16.

Tevyaw, T.O., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction, 99*(2), 63-75.

Tétrault, M., Brochu, S., Cousineau, M.-M. & Sun, F. (2007). Dépendance aux substances psychoactives, délinquance et violence chez des jeunes contrevenants. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique, LX*(4), 417-436.

Titus, J. C., Godley, S. H., & White, M. K. (2007). A post-treatment examination of adolescents' reasons for starting, quitting, and continuing the use of drugs and alcohol. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 16*(2), 31 - 49

Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J-Y, Cloutier, R., & Boudreau, J (2004). *La santé mentale et physique des adolescents Québécois des Centres-jeunesse : une étude cas-témoin* (Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'Initiative sur la santé de la population Canadienne. Repéré à <http://www.grise.ca/documents/publications>.

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., & Garceau, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie et provenant du Centre jeunesse de Québec*. Québec, QC: Service de recherche CRUV/ALTO.

Tremblay, J., & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société, 9*(1), 165-210.

Tremblay, S., Tremblay, J., & Simard, M. (2007). Gravité de la toxicomanie d'adolescents en traitement: liens avec l'auto-révélation de transitions familiales et de placements. *Drogues, santé et société, 6*(2), 47-82.

Usborne, E., Lydon, J. E., & Taylor, D. M. (2009). Goals and social relationships : windows into the motivation and well-being of “street kids”. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(5), 1057-1082.

Usher, K., Jackson, D., & O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*, 209-214.

Vallerand, R. J., & Brière, N. M. (1995). *Développement et validation de l'Échelle de motivation à la consommation d'alcool (ÉMCA)* (Rapport final subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale). Montréal, Québec : Université du Québec à Montréal.

van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., Stoele, M., & Mheen, D. (2009). Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy, 20*, 143-151.

Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, Québec: Les presses de l'Université de Montréal..

Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2003). Competitively contingent rewards and intrinsic motivation: can losers remain motivated? *Motivation and Emotion, 27*, 273-299.

Vanteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 63-82.

Velasquez, M. M., Maurer, G., Crouch, C., DiClemente, C. C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse: A Stages of Change Therapy Manual*. New York, NY: The Guilford Press.

Velasquez, M. M., Sternberg, K., Dodrill, C. L., & Kan, L. Y. (2005). The transtheoretical model as a framework for developing substance abuse interventions. *Journal of Addictions and Nursing, 16*, 31-40.

Vik, P. W., Culbertson, K. A., & Sellers, K. (2000). Readiness to change drinking among heavy-drinking college students. *Journal of Studies on Alcohol, 61*(5), 674-680.

Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay, R. E., Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. Dans P. Brisson (dir.). *L'usage de drogues et la toxicomanie* (p. 279-312). Montréal, Québec: Éditions Gaëtan Morin.

Voisin, D. R., Neilands, T. B., Salazar, L. F., Crosby, R., & DiClemente, R. J. (2008). Pathways to drug and sexual risk behaviors among detained adolescents. *Social Work Research, 32*(3), 147-157.

Watson, D. (2003) Defining quality care for looked after children: frontline workers' perspectives on standards and all that? *Child and Family Social Work, 8*(1), 67-77.

Wei, Z., Makkai, T., McGregor, K. (2003). *Drug use among a sample of juvenile detainees*. Canberra, Australia: Australian institute of criminology trends and issues in crime and criminal justice.

Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology, 12*, 324-333.

Werch, C. E., & DiClemente, C. C. (1994). A multi component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research: Theory and Practice, 9*, 37-46.

West, R. (2005). Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction, 100*(8), 1036-1039.

Westen, D. (2000). *Psychologie: pensée, cerveau et culture*. Paris, France : DeBoeck University.

Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Hobdon, K. (1998). When do people believe that alcohol treatment is effective? The importance of perceived client and therapist motivation. *Psychology of Addictive Behaviors, 12*(2), 93-100.

Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self determination theory perspective. *Addictive Behaviors, 31*, 1858–1872.

Wild, T. C., Hinson, R., Cunningham, J., & Bacchiochi, J. (2001). Perceived vulnerability to alcohol related harm in young adults: Independent effects of risky alcohol use and drinking motives. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9*, 117-125.

Williams, G. C., Cox, E. M., Hedberg, V. A., & Deci, E. L. (2000). Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(8), 1756-1771.

Williams, G. C., Lynch, M. F., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology, 26*, 728-734.

Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Kouides, R. W., Levesque, C. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). A self-determination multiple risk intervention trial to improve smokers' health. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 1288-1294.

Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23*, 58-66.

Wilson, G. T., & Sclam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review, 24*(3), 361-378.

Wininger, S. R. (2007). Self-determination theory and exercise behavior: an examination of the psychometric properties of the exercise motivation scale. *Journal of Applied Sport Psychology, 19*, 471-486.

Whiteacre, K.W. (2004). Denial and adversity in a juvenile drug court. *International Journal of Drug Policy, 15*, 297-304.

Yost, E., Ellis, G. D. (2008). Effect of self-determination theory-based recreation activity-staging on vitality and affinity toward nature among youth in a residential treatment program. *Residential Treatment for Children & Youth, 23*(1), 5-26.

Zack, S. E., Castonguay, L.G., & Boswell, J.F. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*(6), 278-288.

Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 675- 696.

Annexe 1: Le projet en bref

Projet de recherche : Motivation au changement dans un contexte d'autorité : les jeunes consommateurs au Centre jeunesse de Montréal (titre provisoire)

Responsables : Mylène Magrinelli Orsi (MSc, étudiante au doctorat), Serge Brochu (PhD, directeur de thèse)

Objectif général

Analyser les motivations des jeunes consommateurs de substances psychoactives (alcool et drogues illicites) hébergés au Centre jeunesse en ce qui regarde: leur usage actuel, leur désir éventuel de réduire ou d'arrêter leur consommation, leur ouverture à réfléchir ou à discuter de leur consommation et à s'engager dans un programme d'intervention offert.

Objectifs spécifiques

- 1) Connaître les événements de vie que les jeunes associent à leur usage actuel de substances psychoactives afin de mieux comprendre leurs motivations à en consommer.
- 2) Évaluer les stades de motivation au changement dans lesquels les jeunes se trouvent par rapport à leur usage de substances psychoactives ainsi que la perception des intervenants par rapport à cette motivation au changement.
- 3) Comprendre l'impact d'un contexte d'autorité sur la motivation au changement des jeunes.
- 4) Évaluer l'acceptabilité de l'activité 'Groupe de réflexion sur les drogues' auprès des jeunes et des intervenants.

Méthodologie

Cette étude utilisera la méthodologie qualitative. Compte tenu des objectifs, les méthodes de l'observation participante (objectifs spécifiques 3 et 4) et des entrevues semi-directives (objectifs spécifiques 1, 2 et 4) ont été retenues.

Les observations

L'étude aura lieu dans 4 unités globalisantes qui hébergent des jeunes entre 14 à 17 ans. Les unités devront être entraînés d'implanter ou avoir déjà implanté l'activité GRD. Vingt heures\semaine d'observation seront effectuées dans chaque unité, pendant une période de 2 mois, selon un calendrier préalablement négocié entre l'équipe de l'unité et les chercheurs.

Les entrevues

Les entrevues auprès des jeunes auront pour but d'accéder à leurs expériences de vie concernant notamment les substances psychoactives et l'hébergement en Centre jeunesse. Par rapport aux entrevues avec les éducateurs, nous serons surtout intéressés à leur récit d'expérience professionnelle auprès des jeunes consommateurs.

Quelques critères baliseront le choix des participants aux entrevues :

Les jeunes :1) âgés de 14 à 17 ans; 2) capables de s'exprimer en français; 3) hébergés dans une unité ouverte du CJM en fonction de la Loi sur la protection de la jeunesse.5) avoir répondu préalablement à l'instrument de dépistage de la toxicomanie utilisé dans les centres jeunesse, la DEP-ADO (Germain et al., 2005) et présenter des résultats indiquant un problème en émergence (feu jaune) ou évident (feu rouge).

Les éducateurs :1) en exercice de leurs fonctions professionnelles au CJ pour une période supérieure à une année, 2) capables de s'exprimer en français.

Le nombre d'entrevues sera à déterminer selon le principe de saturation des informations recherchées qui prévaut en méthodologie qualitative. Il est probable que soient réalisées 12 entrevues avec les jeunes et 6 avec les éducateurs dans chaque unité participante. Les entrevues (enregistrées) d'une durée moyenne de 90 minutes seront menées par la chercheuse sur le terrain.

Modalités de transfert de connaissances préconisées

- Nous prévoyons la présentation des résultats aux équipes concernées des unités du CJM dans les plus brefs délais après la finalisation du rapport de recherche.
- Une synthèse d'une vingtaine de pages faisant état des principaux résultats de la recherche sera adressée au CJM.
- Les intervenants seront conviés à une journée d'étude, l'objectif étant de tenter de dégager des moyens de mettre en œuvre les recommandations découlant de l'étude.
- Une synthèse des principaux résultats sera publiée dans les revues professionnelles des organisations concernées par la problématique, en premier lieu les centres jeunesse (*Revue Défi jeunesse*).
- Les résultats seront présentés aussi lors de la Journée professionnelle des Centres Jeunesse du Québec qui a lieu annuellement.
- Trois articles scientifiques seront publiés dans des revues intéressées par la problématique en étude telles : *Deviant behaviors*, *Evaluation and program planning*, *Substance use and misuse*.
- Les résultats seront aussi présentés lors de trois conférences internationales, probablement : le Congrès mondial de criminologie, 2010; la Conférence de l'Association internationale des criminologues de langue française, 2010; et la Conférence annuelle du *College on problems of drug dependance* (CPDD), 2010.
- Une thèse de doctorat sera rédigée faisant le point sur l'ensemble des connaissances qui auront alors été accumulées par ce programme de recherche.

Merci de votre participation!

Les chercheurs

Mylène Magrinelli Orsi, MSc, est étudiante au doctorat à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Elle a reçu la bourse de doctorat d'excellence du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle possède un baccalauréat et une maîtrise en psychologie clinique ainsi que deux cours de formation en psychothérapie cognitivo comportementale et 4 ans d'expérience dans la pratique clinique auprès des jeunes et adultes toxicomanes. Ses travaux de recherche portent sur la consommation de substances psychoactives, la motivation au changement et les interventions chez les populations cliniques et non cliniques d'usagers de drogues.

Serge Brochu, PhD, est professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Ancien directeur du Centre international de criminologie comparée (1996-2004), il occupe depuis 1991 le poste de codirecteur du groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ). Ses travaux de recherche portent notamment sur la relation entre la drogue et la criminalité, le traitement de délinquants toxicomanes et l'évaluation de programmes.

Le projet

Le présent projet de recherche est subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) : Bourse d'études de doctorat du Canada (BÉS) et Subvention ordinaire de recherche.

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement Jeunes – Phase 1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche :

Les interventions en toxicomanie dans les centres jeunesse du Québec: un regard qualitatif sur la motivation au changement chez les adolescents en situation d'hébergement – **Jeunes Phase 1 (observations)**

Chercheurs principaux :

Serge Brochu, PhD

Adresse : Faculté des arts et sciences – Université de Montréal – C.P. 6128, succ. Centre ville – Montréal, QC – H3C 3J7

Téléphone : (514) 343-6014

Mylène Magrinelli Orsi, MSc (étudiante au doctorat à l'École de Criminologie de l'Université de Montréal)

Adresse : 86, Boul. Goineau – Laval, QC – H7G 3M7

Téléphone : (514) 343-6111 poste 3676

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

- **En quoi consiste cette recherche?**

Cette recherche vise à connaître l'expérience des jeunes et des intervenants par rapport aux interventions menées au Centre Jeunesse de Montréal, et plus particulièrement les interventions en toxicomanie.

- **Si je m'implique dans cette recherche, que sera-t-il concrètement attendu de moi?**

La participation à ce projet requiert que vous permettiez que la chercheure observe et prenne note de vos comportements, si elle le juge nécessaire. Elle procédera aux observations dans votre unité du jour/mois/année au jour/mois/année, pendant 20 heures par semaine. Éventuellement la chercheure peut vous inviter à des conversations informelles, qui pourront porter sur des thèmes tels la consommation de psychotropes et votre expérience d'hébergement au Centre Jeunesse, desquelles vous serez toujours libre d'accepter ou non. De plus, il est possible que nous sollicitons votre participation pour une entrevue. En vue de sélectionner les participants aux entrevues, nous vous demandons l'autorisation pour avoir accès à votre dossier au Centre jeunesse, afin d'obtenir des informations reliées à votre admission en CJ et à ce qui touche des éventuels problèmes de consommation de psychotropes.

- **Y aura-t-il des avantages pour moi à participer à cette recherche?**

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à faire avancer les connaissances sur les possibilités d'interventions auprès des jeunes hébergés au Centre jeunesse.

- **Ma participation à cette recherche entraînera-t-elle pour moi des risques ou des inconvénients?**

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, vous pourrez ressentir la présence de la chercheure comme étant intrusive à votre milieu de vie. En outre, il se peut que les questions posées pendant des conversations informelles vous amènent à aborder certains problèmes que vous vivez ou avez vécus et qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheure. Elle pourra vous diriger vers votre intervenant ou des ressources appropriées

- **Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels?**

Tous les renseignements recueillis, incluant ceux fournis lors de conversations informelles, seront traités de manière confidentielle et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Les membres de l'équipe de recherche doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne, même à votre intervenant. Les informations que vous donnerez ne seront pas mentionnées dans votre dossier au Centre Jeunesse.

On vous attribuera un numéro de code et seuls les chercheurs principaux auront la liste correspondante. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé du chercheur principal. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Cependant, si vous dévoilez une situation qui compromet votre sécurité, votre développement ou encore la sécurité de quelqu'un d'autre, les membres de l'équipe de recherche devront la signaler au directeur de la protection de la jeunesse afin que vous puissiez recevoir de l'aide. Il est également possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

- **Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?**

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrons vous le faire parvenir : _____

Il est prévu que les résultats généraux de cette recherche soient publiés en forme d'articles scientifiques et qu'ils soient aussi présentés lors de conférences scientifiques. Ces résultats ne permettront d'aucune façon l'identification des participants.

- **Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?**

Non. Votre participation à cette recherche est absolument bénévole.

- **Est-ce que je suis obligé de participer à la recherche ou d'y participer jusqu'à la fin?**

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier, et sans que cela nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués au Centre jeunesse de Montréal. Votre refus ne sera d'ailleurs pas mentionné dans votre dossier au Centre jeunesse.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors conservés si vous nous le permettez. Sinon, ils seront détruits lors de votre retrait de la recherche.

Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

- **Si j'ai besoin de plus d'informations avant de me décider ou tout au long de la recherche, qui pourrai-je contacter?**

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Mylène Magrinelli Orsi au numéro de téléphone (514) 343-6111 poste 3676.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire au numéro suivant : 514-593-3600.

Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause un tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant

Signature

Date

Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur et rôle
dans la recherche

Signature du chercheur

Date

- L'original du formulaire sera conservé à l'École de criminologie de l'université de Montréal (3150, Jean Brillant – Local C3128) et une copie signée sera remise au participant

- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le 12.05.08

- No de dossier : CER CJM-IU : 08-03/006

- Date de la version du présent formulaire : 09.05.08

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement Éducateurs – Phase 1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche :

Les interventions en toxicomanie dans les centres jeunesse du Québec: un regard qualitatif sur la motivation au changement chez les adolescents en situation d'hébergement – **Intervenants Phase 1 (observations)**

Chercheurs principaux :

Serge Brochu, PhD

Adresse : Faculté des arts et sciences – Université de Montréal – C.P. 6128, succ. Centre ville – Montréal, QC – H3C 3J7

Téléphone : (514) 343-6014

Mylène Magrinelli Orsi, MSc (étudiante au doctorat à l'École de Criminologie de l'Université de Montréal)

Adresse : 86, Boul. Goineau – Laval, QC – H7G 3M7

Téléphone : (514) 343-6111 poste 3676

Bonjour,

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

- **En quoi consiste cette recherche?**

Cette recherche vise à connaître l'expérience des jeunes et des intervenants par rapport aux interventions menées au Centre Jeunesse de Montréal, et plus particulièrement les interventions en toxicomanie.

- **Si je m'implique dans cette recherche, que sera-t-il concrètement attendu de moi?**

La participation à ce projet requiert que vous permettiez que la chercheuse observe et prenne note de vos comportements, si elle le juge nécessaire. Elle procédera aux observations dans votre unité du jour/mois/année au jour/mois/année, pendant 20 heures par semaine. Éventuellement la chercheuse peut vous inviter à des conversations informelles, qui pourront porter sur des thèmes tels votre perception concernant une situation donnée ou votre pratique professionnelle, desquelles vous serez toujours libre d'accepter ou non.

- **Y aura-t-il des avantages pour moi à participer à cette recherche?**

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à faire avancer les connaissances sur les possibilités d'interventions auprès des jeunes hébergés au Centre jeunesse.

- **Ma participation à cette recherche entraînera-t-elle pour moi des risques ou des inconvénients?**

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, vous pourrez ressentir la présence de la chercheuse comme étant intrusive à votre milieu de vie. En outre, il se peut que les questions posées pendant des conversations informelles vous amènent à aborder certains problèmes que vous vivez ou avez vécus et qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse.

- **Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels?**

Tous les renseignements recueillis, incluant ceux fournis lors de conversations informelles, seront traités de manière confidentielle et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Les membres de l'équipe de recherche doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne.

On vous attribuera un numéro de code et seuls les chercheurs principaux auront la liste correspondante. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé du chercheur principal. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

- **Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?**

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrons vous le faire parvenir : _____

Il est prévu que les résultats généraux de cette recherche soient publiés en forme d'articles scientifiques et qu'ils soient aussi présentés lors de conférences scientifiques et de rencontres avec les équipes d'intervenants du Centre Jeunesse.

- **Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?**

Non. Votre participation à cette recherche est absolument bénévole.

- **Est-ce que je suis obligé de participer à la recherche ou d'y participer jusqu'à la fin?**

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier, et sans que cela nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués au Centre jeunesse de Montréal. Votre refus ne sera d'ailleurs pas mentionné dans votre dossier au Centre jeunesse.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors conservés si vous nous le permettez. Sinon, ils seront détruits lors de votre retrait de la recherche.

Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

- **Si j'ai besoin de plus d'informations avant de me décider ou tout au long de la recherche, qui pourrai-je contacter?**

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Mylène Magrinelli Orsi au numéro de téléphone (514) 343-6111 poste 3676.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire au numéro suivant : 514-593-3600.

Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause un tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

_____	_____
-	
Nom du participant	Signature
Date	

Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

_____	_____
Nom du chercheur et rôle	Signature du chercheur
Date	
dans la recherche	

- L'original du formulaire sera conservé à l'École de criminologie de l'université de Montréal (3150, Jean Brillant – Local C3128) et une copie signée sera remise au participant

- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le 12.05.08

- No de dossier : CER CJM-IU : 08-03/006

- Date de la version du présent formulaire : 09.05.08

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement Jeunes – Phase 2

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche :

Les interventions en toxicomanie dans les centres jeunesse du Québec: un regard qualitatif sur la motivation au changement chez les adolescents en situation d'hébergement – **Jeunes Phase 2 (entrevue)**

Chercheurs principaux :

Serge Brochu, PhD

Adresse : Faculté des arts et sciences – Université de Montréal – C.P. 6128, succ. Centre ville – Montréal, QC – H3C 3J7

Téléphone : (514) 343-6014

Mylène Magrinelli Orsi, MSc (étudiante au doctorat à l'École de Criminologie de l'Université de Montréal)

Adresse : 86, Boul. Goineau – Laval, QC – H7G 3M7

Téléphone : (514) 343-6111 poste 3676

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

- **En quoi consiste cette recherche?**

Cette recherche vise à connaître l'expérience des jeunes et des intervenants par rapport aux interventions menées au Centre Jeunesse de Montréal, et plus particulièrement les interventions en toxicomanie. Dans cette phase de la recherche, nous sommes intéressés à connaître votre histoire de vie, incluant vos relations interpersonnelles, vos relations avec les substances psychoactives et votre expérience d'hébergement dans le Centre Jeunesse.

- **Si je m'implique dans cette recherche, que sera-t-il concrètement attendu de moi?**

La participation à ce projet requiert que vous participiez à une entrevue d'une durée approximative d'une heure et demie avec la chercheuse qui réalise actuellement les observations dans votre unité. Cette entrevue sera enregistrée de façon à garder le plus possible l'authenticité de vos propos.

- **Y aura-t-il des avantages pour moi à participer à cette recherche?**

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à faire avancer les connaissances sur les possibilités d'interventions auprès des jeunes hébergés au Centre jeunesse.

- **Ma participation à cette recherche entraînera-t-elle pour moi des risques ou des inconvénients?**

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certains problèmes que vous vivez ou avez vécus et qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Elle pourra vous diriger vers votre intervenant ou des ressources appropriées.

L'inconvénient à votre participation concerne le temps nécessaire à l'entrevue.

- **Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels?**

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Les membres de l'équipe de recherche doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne, même à votre intervenant. Les informations que vous donnerez ne seront pas mentionnées dans votre dossier au Centre Jeunesse.

On vous attribuera un numéro de code et seuls les chercheurs principaux auront la liste correspondante. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé du chercheur principal. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est à dire qu'il ne sera pas

possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Cependant, si vous dévoilez une situation qui compromet votre sécurité, votre développement ou encore la sécurité de quelqu'un d'autre, les membres de l'équipe de recherche devront la signaler au directeur de la protection de la jeunesse afin que vous puissiez recevoir de l'aide. Il est également possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

- **Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?**

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrions vous le faire parvenir : _____

Il est prévu que les résultats généraux de cette recherche soient publiés en forme d'articles scientifiques et qu'ils soient aussi présentés lors de conférences scientifiques. Ces résultats ne permettront d'aucune façon l'identification des participants.

- **Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?**

Non. Votre participation à cette recherche est absolument bénévole.

- **Est-ce que je suis obligé de participer à la recherche ou d'y participer jusqu'à la fin?**

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier, et sans que cela nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués au Centre jeunesse de Montréal. Votre refus ne sera d'ailleurs pas mentionné dans votre dossier au Centre jeunesse.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors conservés si vous nous le permettez. Sinon, ils seront détruits lors de votre retrait de la recherche.

Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

- **Si j'ai besoin de plus d'informations avant de me décider ou tout au long de la recherche, qui pourrai-je contacter?**

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Mylène Magrinelli Orsi au numéro de téléphone (514) 343-6111 poste 3676.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire au numéro suivant : 514-593-3600.

Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause un tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature	Date

Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

_____	_____
Nom du chercheur et rôle Date dans la recherche	Signature du chercheur

- L'original du formulaire sera conservé à l'École de criminologie de l'université de Montréal (3150, Jean Brillant – Local C3128) et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le 12.05.08
- No de dossier : CER CJM-IU : 08-03/006
- Date de la version du présent formulaire : 09.05.08

Annexe 5 : Canevas des entrevues

- 1) En regardant ton dossier, selon l'autorisation que tu m'avais donnée, j'ai remarqué que tu faisais usage de ... (substance utilisée par le jeune) avant d'arriver ici, alors j'aimerais que tu me racontes ton expérience avec l'alcool et les drogues au cours de ta vie.
- 2) D'après toi quelles sont les raisons qui t'amènent à consommer?
- 3) D'après toi, est-ce que tu as un problème de consommation ? Pourquoi ?
- 4) Est-ce que tu penses en changer ta consommation? (Si oui : Comment ? Quand (en combien de temps) ?
- 5) Est-ce que tu es en train de faire des changements par rapport à ta consommation dans le présent moment ? Qu'est-ce que tu fais ?
- 6) Est-ce que tu aimerais avoir de l'aide pour changer ta consommation ? Quelle sorte ? De qui ?
- 7) Parles-moi des possibilités de changement dans un contexte comme le Centre Jeunesse. Est-ce que c'est facile ou difficile à changer ici et pourquoi ? Qu'est-ce que t'aide ou interfère sur ton changement ici ?
- 8) Quel genre d'activités le CJM t'offre concernant la consommation et comment trouves-tu ça ?
- 9) Est-ce que toi et ton éducateur discutez de ta consommation ? Si oui, comment trouves-tu la façon par laquelle ce sujet est abordé ? Si non, pourquoi?
- 10) Comment ça se passe pour toi ici ? Parle-moi de la vie ici, des intervenants, des autres jeunes...
- 11) Est-ce que ton expérience ici a contribué à ce que tu réfléchisses sur ta consommation? Pourquoi ?

Annexe 6 : Canevas des observations participantes

Nom de l'unité observée :

Date :

Lieu :

Horaire (début et fin de l'observation) :

Durée de l'observation :

1) Description de l'unité et des autres lieux où la présence de la chercheuse sera permise (école, gymnase, etc.). Description du lieu, des objets, de l'ambiance, etc.

2) Routine : description de la routine d'activités dans l'unité pour la période observée.

3) Description des participants (leur nombre, leur fonction, leurs caractéristiques, leurs activités).

4) Description des raisons pour lesquelles les participants sont là (buts et objectifs, formels et informels).

5) Description des actions (les gestes, récits, interactions, etc.) Évidemment dans cet aspect nous serons surtout intéressés aux actions, interactions et interventions dirigées au sujet des SPA ou ce qui pourrait y être relié.

6) Description de la fréquence des actions, ce qui se répète, etc.

Annexe 7 : Fiches signalétiques abrégées

David – JA1 (1) ⁴⁰	Georges – JA2 (2)
Âge : 15	Âge : 16
Scolarité ⁴¹ : Secondaire 2	Scolarité : 6 ^{ème} année
Placement	Placement
Durée placement ⁴² : DM ⁴³	Durée placement : 12
Temps placement ⁴⁴ : 4,7	Temps placement : 8,6
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité ⁴⁵ : globalisante	Unité : globalisante
Motif de placement ⁴⁶ : consommation, criminalité, refus autorité mère	Motif de placement : victime mauvais traitements psychologiques, toxicomanie parents
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite ⁴⁷ : ---	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation ⁴⁸ : 11	Âge initiation : 14
Première SPA ⁴⁹ : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie ⁵⁰ : cannabis, alcool, speed, ecstasy, cocaïne (inhalée)	SPA au cours de la vie : cannabis, alcool
SPA avant le placement ⁵¹ : alcool, cannabis, ecstasy	SPA (fréquence) avant le placement : cannabis, alcool
SPA pendant le placement ⁵² : cannabis	SPA (fréquence) pendant le placement : ---
SPA préférée : ecstasy	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : jaune
Traitements toxico ⁵³ : thérapie à l'externe, communauté thérapeutique	Traitements toxico : ---

⁴⁰ Prénom fictif

⁴¹ Dernière année scolarité complétée

⁴² Durée du placement en cours (en mois). Étant donné que dans les dossiers on retrouve cette information dans la forme de date (JJ-MM-AA), le calcul a été fait en considérant les mois de 30 jours.

⁴³ DM= Donnée manquante (le dossier du jeune n'était pas à jour, ou l'information n'était pas présente)

⁴⁴ Temps écoulé depuis le début du placement actuel (en mois)

⁴⁵ Type d'encadrement de l'unité où le jeune est placé : globalisante, encadrement intensif ou unité fermée

⁴⁶ Les principaux motifs de placement selon le dossier du jeune

⁴⁷ Médicaments psychotropiques prescrits en raison du problème de santé mentale du jeune.

⁴⁸ Âge d'initiation à la consommation de substances psychoactives (SPA)

⁴⁹ Première SPA consommée

⁵⁰ Toutes les SPA que le jeune affirme déjà avoir expérimenté au cours de sa vie

⁵¹ SPA consommée régulièrement (2 fois par semaine et plus) pendant le dernier mois avant le placement

⁵² Les substances consommées pendant le placement ne sont pas nécessairement consommées dans le centre d'accueil. Plusieurs jeunes en protection de la jeunesse ont le droit de sortir du centre pendant quelques soirées, voir aux fins de semaines. Cette question inclut la consommation dans ces moments de sortie.

⁵³ Traitements pour la toxicomanie suivis au cours de la vie

Christian – JA3 (3)	Stéphane – JA4 (4)
Âge : 16	Âge : 15
Scolarité : Secondaire 3	Scolarité : Secondaire 1
Placement	Placement
Durée placement : 14,9	Durée placement : ---
Temps placement : 4,7	Temps placement : 19,5
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité : globalisante	Unité : globalisante
Motif de placement : violence familiale; criminalité jeune	Motif de placement : consommation, troubles comportement
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : TDAH
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : Aderall
Consommation	Consommation
Âge initiation : 13	Âge initiation : 11
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : cannabis, alcool, ecstasy, juicy ⁵⁴	SPA au cours de la vie : cannabis, alcool, ecstasy, haschich
SPA avant le placement : cannabis, alcool	SPA avant le placement : cannabis, alcool
SPA pendant le placement : cannabis	SPA pendant le placement : cannabis
SPA préférée : cannabis	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : jaune
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : thérapie à l'externe

⁵⁴ Au Québec les jeunes utilisent le terme « juicy » pour faire référence à un mélange de marijuana et cocaïne que prends la forme d'une cigarette.

Gailor – JA10 (5)	Henri – JB1 (6)
Âge : 17	Âge : 16
Scolarité : 6 ^{ème} année	Scolarité : Secondaire 4
Placement	Placement
Durée placement : 3,6	Durée placement : 12
Temps placement : 1,9	Temps placement : 10,1
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité : globalisante	Unité : globalisante
Motif de placement : consommation, criminalité, refus autorité mère	Motif de placement : violence familiale; consommation et criminalité jeune, refus autorité
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : TDAH	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : refuse médication	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 12	Âge initiation : 11
Première SPA : cannabis	Première SPA : alcool
SPA au cours de la vie : cannabis, ecstasy, speed, buvard, mush, cocaïne, crack, alcool	SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, ecstasy, mush, speed
SPA avant le placement : cannabis, ecstasy, speed, buvard ⁵⁵ , mush ⁵⁶ , cocaïne, crack	SPA avant le placement : alcool, cannabis
SPA pendant le placement : cannabis	SPA pendant le placement : cannabis
SPA préférée : ---	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : refuse thérapie à l'externe	Traitements toxico : thérapie à l'externe* ⁵⁷

⁵⁵ IL s'agit d'un autre terme utilisé pour désigner l'hallucinogène aussi connu par LSD (acide lysergique diéthylamine).

⁵⁶ Il s'agit d'un hallucinogène aussi connu par « champignons magiques ».

⁵⁷ L'astérix (*) signifie que le jeune participait à ce traitement au moment de l'entrevue.

Valter – JB2 (7)	Yves – JB3 (8)
Âge : 16	Âge : 15
Scolarité : 6 ^{ème} année	Scolarité : 5 ^{ème} année
Placement	Placement
Durée placement : 21,5	Durée placement : 12
Temps placement : 5,9	Temps placement : 3,6
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité : globalisante	Unité : globalisante
Motif de placement : absence père, toxicomanie mère	Motif de placement : violence familiale; consommation et criminalité jeune
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : TDAH	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : DM	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 13	Âge initiation : 9
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, ecstasy, speed, kétamine, acide, cocaïne	SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, speed, ecstasy, hashish, buvard, mush
SPA avant le placement : cannabis, ecstasy	SPA avant le placement : cannabis, speed, ecstasy
SPA pendant le placement : cannabis	SPA pendant le placement : cannabis, ecstasy
SPA préférée : ---	SPA préférée : cannabis, ecstasy
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : thérapie à l'externe*	Traitements toxico : refuse thérapie à l'externe

Bernard – JB4 (9)	Laurent – JB5 (10)
Âge : 16	Âge : 16
Scolarité : Secondaire 1	Scolarité : 6 ^{ème} année
Placement	Placement
Durée placement : DM	Durée placement : 26,1
Temps placement : 1,6	Temps placement : 20,6
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité : globalisante	Unité : globalisante
Motif de placement : consommation, criminalité	Motif de placement : problèmes santé mentale mère, troubles comportement jeune
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : TDAH
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : concerta, risperidol
Consommation	Consommation
Âge initiation : 6	Âge initiation : 11
Première SPA : alcool	Première SPA : alcool, cannabis
SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, cocaïne, crack, ecstasy, speed, acide	SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, morphine, speed, ecstasy
SPA avant le placement : alcool, cannabis	SPA avant le placement : cannabis, alcool
SPA pendant le placement : alcool, cannabis	SPA pendant le placement : cannabis, alcool
SPA préférée : alcool	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : jaune	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : refuse désintoxication

Otto – JB6 (11)	Victor – JC1 (12)
Âge : 14	Âge : 16
Scolarité : secondaire 2	Scolarité : secondaire 1
Placement	Placement
Durée placement : 12	Durée placement : 12
Temps placement : 2	Temps placement : 2,8
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité : globalisante	Unité : encadrement intensif
Motif de placement : consommation, refus autorité parents	Motif de placement : consommation, criminalité
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 11	Âge initiation : 8
Première SPA : cannabis	Première SPA : alcool
SPA au cours de la vie : cannabis, ecstasy, speed, mush, salvia, alcool	SPA au cours de la vie : alcool, cannabis
SPA avant le placement : ecstasy, cannabis, alcool, salvia	SPA avant le placement : alcool, cannabis
SPA pendant le placement : cannabis	SPA pendant le placement : cannabis
SPA préférée : ---	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : thérapie à l'externe*	Traitements toxico : thérapie à l'externe*

Marcel – JC5 (13)	Yvon – JC6 (14)
Âge : 14	Âge : 15
Scolarité : secondaire 1	Scolarité : 6 ^{ème} année
Placement	Placement
Durée placement : 12	Durée placement : 22,6
Temps placement : 4,4	Temps placement : 14
Loi placement : LPJ	Loi placement : LPJ
Unité : encadrement intensif	Unité : encadrement intensif
Motif de placement : consommation, criminalité, refus autorité mère, négligence	Motif de placement : troubles familiaux, placé depuis ses 6 ans
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : TDAH	Problématique santé mentale : TDAH
Médication prescrite : refuse	Médication prescrite : riva, risperidone
Consommation	Consommation
Âge initiation : 11	Âge initiation : 8
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : cannabis, speed, mush	SPA au cours de la vie : cannabis, weed ⁵⁸ , hashish, alcool, cristal meth
SPA avant le placement : cannabis	SPA avant le placement : ---
SPA pendant le placement : cannabis	SPA pendant le placement : cannabis, alcool (en fugue)
SPA préférée : cannabis	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : ---

⁵⁸ Une autre appellation pour le cannabis. Selon ce jeune il s'agirait d'une sorte de marijuana « plus forte ».

Tom – JD1 (15)	Arthur – JD3 (16)
Âge : 16	Âge : 17
Scolarité : secondaire 1	Scolarité : 4 ^{ème} année
Placement	Placement
Durée placement : 11	Durée placement : 3,3
Temps placement : 7	Temps placement : 1,6
Loi placement : LSJPA	Loi placement : LSJPA
Unité : fermée	Unité : fermée
Motif de placement : vol main armée	Motif de placement : bris de probation
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : TDAH	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : ritalin	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 15	Âge initiation : 14
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : alcool, cannabis	SPA au cours de la vie : cannabis
SPA avant le placement : cannabis	SPA avant le placement : cannabis
SPA pendant le placement : ---	SPA pendant le placement : ---
SPA préférée : cannabis	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : jaune	Résultat DEP-ADO : jaune
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : ---

Jules – JD4 (17)	Antoine – JD7 (18)
Âge : 16	Âge : 15
Scolarité : secondaire 2	Scolarité : secondaire 1
Placement	Placement
Durée placement : 9,3	Durée placement : 9,4
Temps placement : 4,5	Temps placement : 4,4
Loi placement : LSJPA	Loi placement : LSJPA
Unité : fermée	Unité : fermée
Motif de placement : voies de faits, recel, conduite dangereuse	Motif de placement : bris de probation, agression main armée, vols qualifiés, vols simples
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 13	Âge initiation : 13
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, speed	SPA au cours de la vie : cannabis, ecstasy, alcool
SPA avant le placement : alcool, cannabis	SPA avant le placement : cannabis, ecstasy
SPA pendant le placement : alcool, cannabis	SPA pendant le placement : ---
SPA préférée : ---	SPA préférée : ecstasy
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : jaune
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : ---

Paul – JE1 (19)	Adam – JE2 (20)
Âge : 16	Âge : 15
Scolarité : secondaire 1	Scolarité : DM
Placement	Placement
Durée placement : 6	Durée placement : DM
Temps placement : 2,5	Temps placement : DM (interviewé pendant son dernier jour de placement)
Loi placement : LSJPA	Loi placement : LSJPA
Unité : fermée	Unité : fermée
Motif de placement : vol qualifié, bris probation, complot, menace	Motif de placement : introduction par effraction, possession stupéfiants
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 13	Âge initiation : 11
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : cannabis, alcool, ecstasy	SPA au cours de la vie : cannabis, hashish, ecstasy, cocaïne, alcool, GHB, buvard
SPA avant le placement : alcool	SPA avant le placement : cannabis, ecstasy, alcool, cocaïne
SPA pendant le placement : ---	SPA pendant le placement : cannabis, ecstasy
SPA préférée : alcool	SPA préférée : ---
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : ---

Mathieu – JE6 (21)	Clément – JE8 (22)
Âge : 16	Âge : 17
Scolarité : secondaire 2	Scolarité : secondaire 1
Placement	Placement
Durée placement : DM	Durée placement : 15,9
Temps placement : DM	Temps placement : 7,9
Loi placement : LSJPA	Loi placement : LSJPA
Unité : fermée	Unité : fermée
Motif de placement : bris de probation, introduction par effraction, recel, voies de fait	Motif de placement : bris de probation, évasion garde fermée, vol qualifié
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 14	Âge initiation : 15
Première SPA : cannabis, alcool	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, ecstasy	SPA au cours de la vie : alcool, cannabis
SPA avant le placement : alcool, cannabis	SPA avant le placement : alcool, cannabis
SPA pendant le placement : ---	SPA pendant le placement : cannabis
SPA préférée : alcool	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : jaune	Résultat DEP-ADO : jaune
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : refuse thérapie à l'externe

Nicolas – JF1 (23)	Mathias – JF2 (24)
Âge : 16	Âge : 17
Scolarité : secondaire 1	Scolarité : DM
Placement	Placement
Durée placement : 3	Durée placement : DM
Temps placement : 1,9	Temps placement : DM
Loi placement : LSJPA	Loi placement : LSJPA
Unité : fermée	Unité : fermée
Motif de placement : incendie criminel, bris de probation, vols divers, introduction par effraction	Motif de placement : bris de probation, introduction par effraction, vol voitures, voies de fait
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : ---	Problématique santé mentale : TDAH
Médication prescrite : ---	Médication prescrite : DM
Consommation	Consommation
Âge initiation : 12	Âge initiation : 13
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : cannabis, ecstasy, cocaïne, speed, alcool, mush, hashish	SPA au cours de la vie : cannabis, alcool, speed, ecstasy, cocaïne, mush, kétamine
SPA avant le placement : alcool, cannabis, cocaïne	SPA avant le placement : cannabis, alcool, speed, ecstasy
SPA pendant le placement : cannabis, hashish	SPA pendant le placement : ---
SPA préférée : cocaïne	SPA préférée : cannabis
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : ---

Adrien – JF3 (25)	Martin – JF4 (26)
Âge : 18	Âge : 18
Scolarité : secondaire 2	Scolarité : DM
Placement	Placement
Durée placement : 20	Durée placement : 2
Temps placement : 4,9	Temps placement : 1,4
Loi placement : LSJPA	Loi placement : LSJPA
Unité : fermée	Unité : fermée
Motif de placement : introduction par effraction, possession stupéfiants, vols qualifiés	Motif de placement : bris de probation, vols, complot
Santé mentale	Santé mentale
Problématique santé mentale : trouble d'anxiété	Problématique santé mentale : ---
Médication prescrite : risperidol	Médication prescrite : ---
Consommation	Consommation
Âge initiation : 12	Âge initiation : 12
Première SPA : cannabis	Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : cannabis, alcool, buvard, ecstasy, speed, cocaïne (inhalée)	SPA au cours de la vie : alcool, cannabis, speed, ecstasy, hashish, mush, LSD, buvard, cocaïne (inhalée et injectée), crack
SPA avant le placement : cannabis, alcool, speed	SPA avant le placement : cannabis, speed, ecstasy, alcool
SPA pendant le placement : cannabis	SPA pendant le placement : cannabis
SPA préférée : alcool	SPA préférée : ---
Résultat DEP-ADO : rouge	Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : ---	Traitements toxico : communauté thérapeutique

William – JG1 (27)
Âge : 17
Scolarité : secondaire 1
Placement
Durée placement : DM
Temps placement : DM
Loi placement : LSJPA
Unité : fermée
Motif de placement : bris de probation, voie de fait armée, menace de mort
Santé mentale
Problématique santé mentale : TDAH
Médication prescrite : refuse
Consommation
Âge initiation : 12
Première SPA : cannabis
SPA au cours de la vie : cannabis, ecstasy, speed, alcool, cocaïne (inhalée), crack
SPA avant le placement : speed, ecstasy, alcool, cannabis, cocaïne
SPA pendant le placement : cannabis
SPA préférée : speed
Résultat DEP-ADO : rouge
Traitements toxico : communauté thérapeutique

Annexe 8 : Grille de codification abrégée (entrevues)

Catégories socio-démographiques

1. Données socio-démographiques
 - 1.1 Âge
 - 1.2 Loi de placement (LPJ, LSJPA)
 - 1.3 Type d'encadrement (unité ouverte, encadrement intensif, fermée)
 - 1.4 Principal motif de placement
 - 1.5 Temps de placement (total, déjà fait)
 - 1.6 Âge d'initiation de la consommation et substance utilisée
 - 1.7 Substances utilisées au cours de la vie
 - 1.8 Substances utilisées au moment de l'entrevue et fréquence d'utilisation
 - 1.9 Résultat DEP-ADO (jaune, rouge)

Catégories thématiques

- 2 Consommation de SPA
 - 2.1 L'initiation de la consommation
 - 2.2 La progression de la consommation
 - 2.3 La consommation actuelle
 - 2.3.1 La consommation et la prise en charge
 - 2.3.2 Dans les installations du CJ
 - 2.3.3 À l'extérieur du CJ
 - 2.4 Les traitements de la toxicomanie
 - 2.5 Criminalité et consommation
- 3 Les motivations
 - 3.1 La motivation à consommer
 - 3.1.1 Le plaisir
 - 3.1.2 Le soulagement
 - 3.1.3 La fonctionnalité
 - 3.1.4 La dépendance
 - 3.1.5 L'abstention volontaire
 - 3.2 La motivation à changer
 - 3.2.1 Les relations interpersonnelles
 - 3.2.2 La perte de la liberté
 - 3.2.3 La santé physique
 - 3.2.4 La santé mentale
 - 3.2.5 Le fonctionnement quotidien
 - 3.2.6 Criminalité et motivation
 - 3.2.7 L'argent
 - 3.2.8 Problèmes avec la loi
 - 3.2.9 Le placement
 - 3.3 Les stratégies de changement
- 4 L'ouverture

- 4.1 L'ouverture envers les interventions
 - 4.1.1 Les sanctions
 - 4.1.1.1 Le retrait (dans l'unité, hors service)
 - 4.1.1.2 Les réflexions
 - 4.1.2 Les discussions avec l'éducateur
 - 4.1.2.1 Le jeune parle avec son éducateur
 - 4.1.2.2 Le jeune ne parle pas avec son éducateur
 - 4.1.3 Le GRD
 - 4.1.3.1 Les points forts
 - 4.1.3.2 Les points faibles
 - 4.1.4 Les traitements de la toxicomanie
 - 4.1.4.1 Les expériences positives
 - 4.1.4.2 Les expériences négatives
- 4.2 L'ouverture envers les éducateurs
 - 4.2.1 L'éducateur de suivi
 - 4.2.1.1 Facteurs associés à l'ouverture du jeune
 - 4.2.1.2 Facteurs associés au manque d'ouverture du jeune
 - 4.2.2 Les éducateurs de l'unité
 - 4.2.2.1 Facteurs associés à l'ouverture du jeune
 - 4.2.2.2 Facteurs associés au manque d'ouverture du jeune
 - 4.2.3 Les jeunes réfractaires

Catégories analytiques

- 5 Les motivations
 - 5.1 La motivation à consommer
 - 5.1.1 Les motivations autonomes
 - 5.1.2 Les motivations contrôlées
 - 5.1.3 L'amotivation
 - 5.2 La motivation à changer
 - 5.2.1 La résistance
 - 5.2.2 L'ambivalence
 - 5.2.3 Le changement actif
 - 5.2.4 La consolidation des changements
- 6 L'ouverture aux interventions et aux éducateurs
 - 6.1 Adaptation au profil
 - 6.2 Les procédés de changement
 - 6.3 L'autonomie
 - 6.4 La compétence
 - 6.5 Les relations interpersonnelles

