Document generated on 07/12/2025 3 a.m.

Drogues, santé et société

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

The experience of adolescent addicts in treatment who exhibit suicidal behaviours

La vivencia de adolescentes toxicómanos en tratamiento que presentan comportamientos suicidas

Cinthia Ledoux, M. Ps., Natacha Brunelle, Ph. D. and Karine Bertrand, Ph. D.

Volume 10, Number 2, December 2011

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1013480ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1013480ar

See table of contents

Publisher(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (print)
1703-8847 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Ledoux, C., Brunelle, N. & Bertrand, K. (2011). Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires. *Drogues, santé et société*, *10*(2), 105–142. https://doi.org/10.7202/1013480ar

Article abstract

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

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, 2012

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

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

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

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

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

Correspondance

Natacha Brunelle, Ph. D.
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500
Trois-Rivières, Québec G9A 5H7
Courriel : natacha.brunelle@uqtr.ca

Résumé

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

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

The experience of adolescent addicts in treatment who exhibit suicidal behaviours

Abstract

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

Keywords: *suicide, addiction, adolescence, treatment, qualitative*

La vivencia de adolescentes toxicómanos en tratamiento que presentan comportamientos suicidas

Resumen

Los comportamientos suicidas se consideran muy poco en el tratamiento de la toxicomanía en los adolescentes. Conocer las particularidades relativas al proceso de recuperación de los adolescentes y a su percepción de los servicios recibidos resulta muy limitado, pero es necesario para ofrecerles servicios más adaptados a su realidad. Este estudio explora la vivencia y las percepciones relativas al proceso de recuperación de los jóvenes que presentan comportamientos suicidas durante su ingreso para el tratamiento de la toxicomanía. Un subobjetivo del estudio es el de poder contrastar las particularidades de su experiencia con las de otros adolescentes que no manifiestan comportamientos similares, para poder comprenderlas mejor. En el marco de entrevistas semi-estructuradas, se consultaron a 27 jóvenes seis meses después de su ingreso a un centro de tratamiento de la toxicomanía. Entre ellos, ocho jóvenes expresaron haber tenido comportamientos suicidas durante su recuperación o los presentaban en el momento de su ingreso al tratamiento. Se realizaron análisis temáticos. Los jóvenes que presentaban comportamientos suicidas expresaron, en un mayor número, haber tenido una persona modelo que influenció su decisión de comenzar un tratamiento o de reducir su consumo. También mencionaron haber tenido dificultades que obstaculizaban el establecimiento de la alianza terapéutica, así como dificultades para romper los lazos con sus pares consumidores. Los comportamientos suicidas que describieron parecían estar relacionados con eventos difíciles o con una angustia psicológica persistente. Estos resultados exhiben vías de intervención para orientar el tratamiento de la toxicomanía en función con las necesidades de los adolescentes que presentan, al mismo tiempo, un problema de toxicomanía y comportamientos suicidas.

Palabras clave: *suicidio, toxicomanía, adolescencia, tratamiento, cualitativo*

Note des auteures

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

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

Introduction

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

Malgré la prévalence importante de la cooccurrence entre la toxicomanie et les comportements suicidaires, les liens entre ces deux problématiques sont encore mal compris (Goldston, 2004 ; Kaminer, Burleson, Goldston & Burke, 2006). Certains auteurs émettent l'hypothèse que la consommation abusive

d'une substance psychoactive (SPA) favoriserait le passage à l'acte suicidaire non planifié (Bukstein & al., 1993 ; Gossop, 2005). Le cas de l'intoxication à l'alcool est particulièrement documenté, car un de ses effets est de désinhiber, ce qui diminuerait les réticences de la personne à s'enlever la vie (Gossop, 2005 ; Rossow, Romelsjo & Leifman, 1999 ; Schilling, Aseltine, Glanovsky, James & Jacobs, 2009). D'autre part, une étude récente montre que l'utilisation du cannabis serait liée à un premier passage à l'acte suicidaire chez les adolescents (Roberts, Roberts & Xing, 2010).

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

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

D'autres auteurs supposent que le suicide et les problèmes de consommation de SPA auraient des facteurs de risques communs (Bukstein et al. 1993 ; Rossow, Romelsjo & Leifman, 1999), par exemple des problèmes familiaux ou des abus physiques ou sexuels durant l'enfance (Mishara & Tousignant, 2004 ; Nadeau & Biron, 1998) ou certains traits de caractère comme l'impulsivité (Conason, Oquendo & Sher, 2006 ; Gossop, 2005). Malgré ces nombreuses possibilités, il est difficile d'identifier un lien de causalité spécifique entre les

problèmes de toxicomanie et les comportements suicidaires, de vérifier si les interrelations persistent dans le temps ou si le type de SPA consommé affecte le type de difficultés psychologiques rencontrées (Goldston, 2004).

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

Esposito-Smythers et Goldston (2008), à partir de leurs précédentes études sur le traitement offert aux adolescents présentant la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires, constatent la présence plus marquée de caractéristiques particulières chez cette clientèle. Ils notent des antécédents d'hospitalisation, des symptômes dépressifs persistants, des problèmes scolaires, une ambivalence face au désir de changer sa consommation, de précédentes tentatives de réduction de la consommation de SPA s'étant souvent avérées vaines et l'association à des pairs déviants. Ces jeunes s'associent à un réseau déviant afin d'éviter le rejet et l'isolement. De plus, ils ne posséderaient que peu d'amis soutenants ou non consommateurs. Donc, lorsqu'ils doivent s'éloigner de leurs pairs consommateurs ou déviants, ils se retrouvent seuls et éprouvent des difficultés à s'intégrer dans un nouveau réseau social (Esposito-Smythers & Goldston, 2008).

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

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

problématiques concomitantes, d'offrir un traitement intégré ou de privilégier une approche cognitivo-comportementale (Esposito-Smythers & Spirito, 2004 ; Muehlenkamp, Ertelt & Azure, 2008).

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

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

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

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

Méthode

Cette étude qualitative est exploratoire et s'appuie sur une perspective phénoménologique (Giorgi, 1997 ; Giorgi & Giorgi, 2008). Ce devis a été choisi étant donné que la double problématique toxicomanie/comportements suicidaires est un domaine de recherche encore peu exploré. Dans ce contexte, il s'avère pertinent d'adopter une démarche de recherche exploratoire afin de comprendre le phénomène en recueillant de l'information en profondeur sur un petit nombre de participants (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1996). Par ailleurs, cette étude est l'une des premières études qualitatives à explorer la perspective subjective des adolescents toxicomanes présentant des comportements suicidaires par rapport à leur processus de rétablissement et aux services reçus. Elle vise à offrir une première description de ces phénomènes selon la perspective des acteurs sociaux

impliqués. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale évaluative à devis mixte (quantitative et qualitative) en milieu naturel menée auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents (Bertrand & al., 2009). Elle a pour objectif d'évaluer les programmes de traitement de la toxicomanie pour les adolescents de centres résidentiel et externe.

Participants

Pour constituer l'échantillon du volet qualitatif, un sous-groupe de 27 jeunes volontaires a été sollicité parmi les 199 jeunes ayant participé au volet quantitatif longitudinal de la plus large étude évaluative. Un échantillonnage théorique a été utilisé à partir de caractéristiques conceptuellement représentatives (Patton, 2002), que nous nommerons variables stratégiques : le genre, le centre de traitement de référence (résidentiel ou externe) et le lieu géographique (Bertrand & al., 2009). Ces éléments peuvent influencer le processus de rétablissement des adolescents rencontrés et assurent une représentation des différentes facettes du phénomène plus large étudié, soit le processus de rétablissement (American Society in Addiction Medicine, 2007 ; Reinhardt & al., 2008). L'objectif de cette étude étant de mieux comprendre le processus de rétablissement des jeunes toxicomanes suicidaires en traitement, ces variables n'étaient pas utilisées à des fins de comparaison.

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

Les jeunes devaient avoir répondu « oui » à une des questions suivantes :

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

Le sous-échantillon des adolescents rapportant des comportements suicidaires, le groupe suicidaire (GS), est composé de deux adolescents et six adolescentes âgés en moyenne de 15,2 ans. Parmi ces jeunes, quatre proviennent des centres de traitement de la toxicomanie résidentiels et quatre de centres externes. Lors de l'entrevue, trois jeunes bénéficiaient toujours des services du centre de réadaptation en dépendance. Pour sa part, le groupe de comparaison (GC) était composé de 13 adolescents et six adolescentes dont environ la moitié provenait des centres externes (52,6 %). Au moment de l'entrevue, six jeunes recevaient toujours des services. Pour les autres détails sociodémographiques, voir le Tableau 1.

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

Tableau 1 : Description sociodémographique des deux sous-groupes

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

Mode de cueillette de données

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

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

Déroulement

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

Tableau 2 : Grille d'entrevue

Questions	Thèmes
1. Qu'est-ce que tu as vécu comme changement au cours des 6 derniers mois ? (Au besoin, utiliser une ligne du temps pour les 6 derniers mois en y ajoutant des événements de vie comme repères pour faciliter le rappel.) Comment expliques-tu ces changements ? Depuis ton inscription dans les services externes (ou résidentiels), comment ta consommation d'alcool et de drogues a-t-elle changé ? Comment expliques-tu que ta consommation a diminué (ou a augmenté ou n'a pas changé) ? Selon toi, quel(s) rôle(s) la thérapie a-t-elle joué sur ces changements ?	Changement • Consommation • Autres sphères IGT
2. Peux-tu me parler de ce qui s'est passé pour que tu viennes consulter au centre externe (ou résidentiel) ? • Qui a demandé de l'aide (Toi ? Tes parents ? Obligation légale ?) • Qu'est-ce qui a fait en sorte que tu sois en traitement ? • Que s'est-il passé ? (Déclencheurs ?) Comment as-tu vécu cette demande de services ? Qu'en pensais-tu ? Comment te sentais-tu ?	Services • Déclencheur
3. Depuis ton inscription au centre externe (ou résidentiel), quels sont les types de services que tu as reçus (intervention de groupe, individuelle, familiale) ? Parle-moi de ces services, comment les as-tu vécus ?	
4. Qu'est-ce que tu voulais changer ou ne pas changer au niveau de ta consommation en arrivant au centre externe (ou résidentiel) ? Comment cela a-t-il changé en cours de route ? Qu'est-ce qui a fait en sorte que tes objectifs ont changé ou qu'ils sont demeurés les mêmes ? Comment était la relation avec ton intervenant ? Dans quelle mesure as-tu atteint tes objectifs ? Étais-tu motivé ? Qu'est-ce qui t'a aidé ? Quels obstacles as-tu rencontrés ?	Services • Objectifs • Éléments favorables • Obstacles
5. Comment envisages-tu ton avenir ou ton futur ?	• Avenir • Consommation • Autres sphères IGT
6. Qu'est-ce que je devrais retenir de tout ce que tu viens de me dire ? (faire notre propre synthèse ensuite)	
7. Comment as-tu trouvé l'entrevue ?	

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

Analyses

L'analyse des entretiens semi-structurés a été réalisée selon la méthode d'analyse du contenu thématique (Ghiglione & Matalon, 1998). Des unités de significations ont donc été identifiées et ont permis l'élaboration des catégories conceptuelles détaillées qui ont formé la grille de codification. Par la suite, des analyses verticale et transversale ont été faites à partir de comparaisons entre les entretiens permettant d'identifier les thèmes récurrents (Miles & Huberman, 1994) et de contraster les entretiens du GS à ceux du GC. Une grille de codification mixte a été utilisée. Une procédure close, incluant certains thèmes qui ont été préétablis en lien avec la grille d'entretien (voir Tableau 2) a été associée à une procédure ouverte où les thèmes émergents, par exemple l'aide formelle reçue pour la santé psychologique, ont été identifiés pour ensuite permettre la comparaison entre les entretiens du groupe suicidaire (GS) et ceux du groupe de comparaison (GC) (Ghiglione & Matalon, 1998). Ces analyses ont été faites à l'aide du logiciel NVIVO8.

Résultats

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

Motifs de l'entrée en traitement

La raison la plus fréquemment rapportée par les adolescents du GS pour expliquer leur motivation à entrer en traitement est le fait de vouloir imiter une personne significative de leur entourage qui était toxicomane et qui a cessé de consommer après un traitement spécialisé. Les jeunes nomment qu'ils sont encouragés par cette personne ou constatent les changements réalisés par celle-ci et se croient capables de changements similaires. Dans la plupart des cas, cette personne est un pair, mais il peut aussi s'agir d'un membre de la famille. Muriel[1] (GS, résidentiel) explique :

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

Le second motif le plus rapporté est la présence de pressions provenant de l'entourage, particulièrement de leurs parents. Le traitement est alors entrepris afin de rétablir la confiance ou d'éviter un placement en centre jeunesse. Comme le dit Claudine (GS, externe) : « Mes parents m'avaient obligée de faire ça sinon je rentrais ici [centre jeunesse]. »

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

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

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

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

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

Vécu en traitement : objectifs et sentiments

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Changements perçus

La consommation

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

Pour certains jeunes du GS, le traitement n'est pas le seul facteur expliquant la diminution de leur consommation. Dans certains cas, c'est plutôt un placement en centre jeunesse qui amène une diminution de la consommation puisque l'accès aux SPA y est difficile. Élodie (GS, externe) nomme le peu d'impact de cette contrainte sur sa motivation à cesser de consommer :

« Ben si je sortirais d'ici, pis que j'aurais le droit de sortir de ma famille d'accueil, ben c'est clair que je consommerais encore. »

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

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

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

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

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

Par ailleurs, chez les jeunes du GS ayant bénéficié des services des centres résidentiels, la présence d'une rechute est vécue comme un événement décevant pour eux ou regrettable. Ceux qui ont rechuté ont poursuivi leur consommation après leur rechute. En outre, ils ne mentionnent pas avoir utilisé les services de soutien offerts lors d'une rechute.

Les relations interpersonnelles

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

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

> « Ça a été dur de faire ma première étape, d'accepter là. D'accepter que j'étais dépendante puis dans le fond de tout laisser. Les consos, mes amis de conso, puis tout, ça a pris du temps. Ça fait un mois que je ne leur parle pu à mes amis de conso puis ça fait un bout que je suis sortie de thérapie. »

Quelques jeunes nomment s'être sentis seuls à certains moments ou être nostalgiques de ces relations, car ils avaient du plaisir avec leurs amis consommateurs : « C'est sûr que des fois je m'ennuie de mes anciens amis parce que tsé c'était des flyés pis toute, on était tout le temps sur la go » (Luc, GS, résidentiel). Quelques-uns de ces jeunes associent la reprise ou la poursuite de leur consommation à leur incapacité de changer intégralement leur réseau social pour des amis non consommateurs : « J'ai pas le choix parce que la dernière fois, ça l'a

échoué même si j'ai gardé quelques amis. Faque il va falloir que je les tasse tous » (Claudine, GS, externe). D'autres jeunes mentionnent que leurs relations d'amitié reposent maintenant sur d'autres éléments que la consommation.

Les comportements suicidaires

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

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

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

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

Les autres jeunes du GS nomment plutôt la présence de comportements suicidaires de façon intermittente, souvent associée à une détresse psychologique sans préciser de contexte précipitant la crise. Cette forme de comportements suicidaires est plutôt rapportée comme précédant l'entrée

en traitement. Tristan (GS, résidentiel) reflète cet élément lorsqu'il nomme : « C'est sûr avant j'allais pas fort, y'a des bouts je *feelais* suicidaire, je me suis ramassé à l'hôpital une couple de fois, pis je capotais, tsé j'étais rendu fou. »

L'aide reçue pour la santé psychologique

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

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

Quelques jeunes nomment plutôt le recours à l'aide informelle, leur famille ou leurs amis, lors de difficultés psychologiques. C'est le cas de Muriel (GS, résidentiel) qui, après un passage à l'acte suicidaire, s'est plutôt tournée vers ses proches :

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

Les particularités du groupe suicidaire

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

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

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

Un autre aspect qui distingue les deux groupes est la difficulté des jeunes du GS à rompre les liens avec leurs pairs consommateurs. La plupart des jeunes du groupe GC ont coupé les liens avec leurs amis consommateurs ou ont clarifié leur position face à la consommation avec eux et sont respectés

dans ce choix. Dans le cas du GS, ils poursuivent les contacts avec certains amis consommateurs ou prennent plus de temps avant de rompre définitivement les liens.

Discussion

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

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

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

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

En cohérence avec l'approche de réduction des méfaits, les approches motivationnelles sont recommandées pour les clientèles résistantes au changement et peu assidues au suivi thérapeutique (Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006 ; Santé Canada, 2001). Parmi ces approches, citons l'entretien motivationnel (EM), une technique d'intervention centrée sur l'individu qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement (Miller & Rollnick, 2006). Non seulement, selon la littérature, l'EM montre une efficacité significative au regard des problèmes liés aux substances psychoactives (Becker & Curry, 2008 ; Macgowan & Engle, 2010), mais également en ce qui concerne les troubles mentaux concomitants lorsqu'elle

est jumelé à la thérapie cognitive-comportementale chez les personnes présentant une double problématique (Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2009). Par ailleurs, plus récemment, l'EM tend également à être recommandée pour appuyer une intervention auprès de personnes suicidaires (Zerler, 2008).

La création de l'alliance thérapeutique avec l'intervenant est un processus difficile pour certains jeunes du GS. L'alliance est un élément influençant positivement la rétention en traitement ou les changements obtenus autant chez les adolescents toxicomanes (Diamond & al., 2006 ; Tetzlaff & al., 2005) que chez ceux présentant des symptômes dépressifs ayant fait une tentative de suicide (Karver & al., 2008). Le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (Lane, Archambault, Collins-Poulette & Camirand, 2010) indique des pistes intéressantes pour la création de l'alliance thérapeutique avec un individu en crise suicidaire, celles-ci pourraient aussi être appliquées aux jeunes toxicomanes qui présentent des comportements suicidaires. Il y est suggéré de faire preuve d'empathie, de calme, d'écoute et de parler de manière rassurante. De plus, d'autres auteurs, en se basant sur une revue de littérature, suggèrent d'effectuer un monitorage continu de l'alliance thérapeutique afin que le client offre un *feedback* à l'intervenant pour que celui-ci s'ajuste aux besoins de son client (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand & Landry, 2012).

Un autre point qui illustre certaines particularités du GS est leur difficulté à rompre les liens avec les pairs consommateurs puisqu'ils veulent éviter d'être seuls ou ont de la difficulté à se créer un nouveau réseau social, comme l'ont souligné Esposito-Smythers & Goldston (2008). De plus, la présence de pairs déviants nuirait entre autres à la rétention en traitement (Battjes, Gordon, O'Grady & Kinlock, 2004). Le traitement en toxicomanie pourrait alors viser à aider le jeune à développer un sentiment d'appartenance sociale (Lane, Archambault,

Collins-Poulette & Camirand, 2010) en favorisant des activités de groupes ou dans la communauté. Dans tous les cas, peu importe la méthode thérapeutique utilisée, les résultats de notre étude soulignent l'importance d'accompagner étroitement le jeune suicidaire et de l'outiller pour l'aider à réussir ses objectifs reliés à la modification de son réseau social.

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

Dans le cas des autres jeunes du GS qui rapportent des événements précipitant leurs comportements suicidaires, il est possible de suspecter que la présence d'impulsivité explique leur geste. Cette dernière serait, selon certains, liée à la fois à la toxicomanie et aux comportements suicidaires (Goldston, 2004 ; Goldston, Daniel & Arnold, 2006 ; Gossop, 2005). Dans leur cas, mais également pour les jeunes présentant des comportements suicidaires intermittents qui semblent liés à des difficultés psychologiques, le développement d'habiletés spécifiques de communication (Lane, Archambault, Collins-Poulette & Camirand, 2010), la gestion des émotions ou la résolution de problèmes (Cooper, Wood, Orcutt & Albino, 2003 ; Lane,

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

Conclusion

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

Le processus de demande d'aide, autant pour les services en toxicomanie qu'en santé mentale, devrait être examiné vu la réticence de ces jeunes à demander de l'aide. De plus, une étude qualitative plus large ciblant spécifiquement le processus de rétablissement des adolescents toxicomanes suicidaires en traitement pourrait inclure et tenir davantage compte de variables stratégiques telles que le sexe, la modalité de traitement, l'âge ou le type de comportements suicidaires. Ce type d'étude permettrait également de dresser des trajectoires types de ces jeunes selon qu'ils connaissent une évolution favorable ou non.

Références

American Society in Addiction Medicine. (2007). *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised*. Chevy Chase, MD : American Society in Addiction Medicine.

Anderson, D.J., McGovern, J.P. & DuPont, R.L. (1999). The origins of the Minnesota Model of addiction treatment – A first person account. *Journal of Addictive Diseases, 18*(1), 107-114.

Arria, A.M., O'Grady, K.E., Caldeira, K.M., Vincent, K.B., Wilcox, H.C. & Wish, E.D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research, 13*(3), 230-246.

Barrett Waldron, H., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W. & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 802-813.

Battjes, R.J., Gordon, M.S., O'Grady, K. E. & Kinlock, T.W. (2004). Predicting Retention of Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Addictive Behaviors, 29*(5), 1021-1027.

Becker, S.J. & Curry, J.F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 531-543.

Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie* (2e éd.). Paris : Colin.

Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G. & Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).

Bertrand, K., Brunelle, N., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A. & Ledoux, C. (2009). *Étude évaluative auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (partie 1) : suivis trois mois et six mois*. Québec : Rapport final remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Bertrand, K., Ménard, J.-M. & Plourde, C. (2004). *Synthèse de l'évaluation du programme jeunesse. Recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Domrémy MCQ.

Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif.* Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Bukstein, O.G., Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J. & al. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 88*(6), 403-408.

Cavaiola, A.A. & Lavender, N. (1999). Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence, 34(*136), 735-744.

Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S. & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(2), 238-258.

Conason, A.H., Oquendo, M.A. & Sher, L. (2006). Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 18*(1), 9-13.

Cooper, M.L., Wood, P.K., Orcutt, H.K. & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 390-410.

Cosgrave, E., Killackey, E., Yung, A., Buckby, J., Godfrey, K., Stanford, C., & al. (2004). Depression, substance use and suicidality in help-seeking adolescents: A survey of prevalence. *Australian Journal of Guidance & Counselling, 14*(2), 162-175.

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.

Desrosiers, P., Ménard, J.-M., Tremblay, J., Bertrand, K., et Landry, M. (2012). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide de pratique et offre de services de base.* Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Diamond, G.S., Liddle, H.A., Wintersteen, M.B., Dennis, M.L., Godley, S.H. & Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *The American Journal on Addictions, 15*(Suppl 1), 26-33.

Donaldson, D., Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(2), 113-120.

Erinoff, L., Anthony, J.C., Brown, G.K., Caine, E.D., Conner, K.R., Dougherty, D.M. & al. (2004). Overview of workshop on drug abuse and suicidal behavior. *Drug and Alcohol Dependence, 76*(Suppl 7), S3-S9.

Esposito-Smythers, C. & Goldston, D.B. (2008). Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorder and suicidal behavior. *Substance Abuse, 29*(2), 5-17.

Esposito-Smythers, C. & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 28*(5 Suppl), 77S-88S.

Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C.W., Hunt, J. & Monti, P. (2011). Treatment of co-occuring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(6), 728-739.

Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R. & LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: Development and pilot testing. *The American Journal on Addictions, 15*(Suppl1), 126-130.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques* (2 éd.). Paris : A. Colin.

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 235-260.

Giorgi, A. & Gallegos, N. (2005). Living through some positive experiences of psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology, 36*(2), 195-218.

Giorgi, A. & Giorgi, B. (2008). Phenomenology. Dans J. A. Smith (dir.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2e éd., p. 26-52). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.

Goldston, D.B. (2004). Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence. *Drug and Alcohol Dependence, 76*(Suppl 7), S79-S91.

Goldston, D.B., Daniel, S.S. & Arnold, E.M. (2006). Suicidal and nonsuicidal self-harm behaviors. Dans D. A. Wolfe et E. J. Mash (dir.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, assessment, and treatment* (p. 343-380). New York, NY, US : Guilford Publications.

Gossop, M. (2005). Alcohol in suicide attempts and completions. *Psychiatric Annals, 35*(6), 513-521.

Kaminer, Y., Burleson, J.A., Goldston, D.B. & Burke, R.H. (2006). Suicidal ideation among adolescents with alcohol use disorders during treatment and aftercare. *The American Journal on Addictions, 15*(Suppl 1), 43-49.

Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J.B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G. & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15-28.

Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J. & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie, 24*(1), 7-13.

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. & Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.* Québec : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques* (2 éd.). Montréal : Éditions Nouvelles.

Macgowan, M.J. & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*(3), 527-545.

Mann, J., Brent, D. & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: A focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology, 24*(5), 467-477.

Mann, J., Oquendo, M., Underwood, M. & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(Suppl 2), 7-11.

McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs, 29*(2), 141-144.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis, second edition.* Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Miller, D.N. & Eckert, T.L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review, 38*(2), 153-167.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : InterÉditions.

Mishara, B. & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide.* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M. & al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 989-994.

Morgan, M. (2000). Ectasy (MDMA): A review of its persistant psychological effects. *Psychopharmacology, 152*, 230-248.

Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.

Muehlenkamp, J.J., Ertelt, T. W. & Azure, J. A. (2008). Treating outpatient suicidal adolescents: Guidelines from the empirical literature. *Journal of Mental Health Counseling, 30*(2), 105-120.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods.* Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

Ramchand, R., Griffin, B.A., Harris, K.M., McCaffrey, D.F. & Morral, A. (2008). A prospective investigation of suicide ideation, attempt, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatement. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 524-532.

Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., John, U., Meyer, C. & Rumpf, H.-J. (2008). Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol and Alcoholism, 43*(3), 334-340.

Roberts, R.E., Roberts, C.R. & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research, 14*(1), 66-78.

Rossow, I., Romelsjo, A. & Leifman, H.K. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: Differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction, 94*(8), 1199-1207.

Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Stulman, D.A., Joiner, T. & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 179-190.

Sampl, S. & Kadden, R. (2001). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions*. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment.

Santé Canada. (2001). *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.* Ottawa : Santé Canada.

Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada.

Schilling, E.A., Aseltine, R.H. Jr., Glanovsky, J.L., James, A. & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health, 44*(4), 335-341.

Schrijvers, D.L., Bollen, J. & Sabbe, B.G.C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 138*(1), 19-26.

Tetzlaff, B.T., Kahn, J.H., Godley, S.H., Godley, M.D., Diamond, G.S. & Funk, R.R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(2), 199-207.

Valdez, A. & Sifaneck, S.J. (2010). Qualitative methodological issues in drug user research. *Substance Use & Misuse, 45*(5), 645-647.

Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1181-1183.

Wagner, B.M., Cole, R.E. & Schwartzman, P. (1996). Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters. *Suicide and Life Threatening Behavior, 26*(3), 300-307.

Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y. & Kadden, R. (2002). *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users.* Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment

Winters, K.C., Stinchfield, R., Latimer, W.W. & Lee, S. (2007). Long-term outcome of substance-dependent youth following 12-step treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(1), 61-69.

Zerler, H. (2008). Motivational interviewing and suicidality. Dans H. Arkowirz, H.A. Westra, W.R. Miller & S. Rollnick (dir.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems.* New York: Guildford Press.