

L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois

CONSÉQUENCES ET FACTEURS ASSOCIÉS

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois

CONSÉQUENCES ET FACTEURS ASSOCIÉS

Direction du développement
des individus et des communautés

Juillet 2010

AUTEURES

Hélène Gagnon, Ph. D., conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Lucie Rochefort, M.D., M. Sc., médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE :

Nicole April, M.D., M.Ph., médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Natacha Brunelle, Ph. D., professeure
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées, Université du Québec à Trois-Rivières

Nancy Haley, M.D., médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique
Professeure agrégée, Université de Montréal et Université McGill

Sylvia Kairouz, Ph. D., professeure
Université Concordia

Réal Morin, M.D., directeur scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Élisabeth Papineau, Ph. D., chercheuse
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Pierre Paquin, M. Sc., agent de planification, de programmation et de recherche, responsable de la prévention des dépendances
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de la santé publique

La production du document a été rendue possible grâce à la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-59339-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-59340-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 MISE EN CONTEXTE : DE L'ADOLESCENCE À L'ÂGE ADULTE	3
2 CONSÉQUENCES DE L'USAGE DE SPA CHEZ LES JEUNES.....	7
2.1 Conséquences sur la santé physique.....	8
2.1.1 Effets sur le développement neurocognitif.....	8
2.1.2 ITSS et grossesses à l'adolescence.....	9
2.1.3 Traumatismes.....	10
2.2 Conséquences sur la santé mentale	11
2.3 Conséquences psychosociales	12
2.3.1 Difficultés et décrochage scolaires.....	12
2.3.2 Délinquance et violence.....	12
3 FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE SPA CHEZ LES JEUNES.....	15
3.1 Motifs de consommation rapportés par les jeunes	15
3.2 Facteurs de risque.....	17
3.2.1 Facteurs individuels et liés à l'environnement	17
3.2.2 Facteurs contextuels.....	20
3.3 Facteurs de protection.....	21
3.4 Prédiction de l'usage de SPA chez les jeunes	22
3.4.1 Attitude et croyances comportementales.....	24
3.4.2 Perception du contrôle et croyances de contrôle.....	24
3.4.3 Norme sociale, croyances normatives et norme descriptive	25
3.4.4 Regret anticipé, norme morale et comportement passé.....	26
FAITS SAILLANTS DES CONSÉQUENCES DE L'USAGE.....	29
FAITS SAILLANTS DES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE.....	31
CONCLUSION	33
RÉFÉRENCES.....	35

INTRODUCTION

Ce document constitue le deuxième volet de l'état de situation sur la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes Québécois. Le premier volet, paru en 2009, traçait le portrait épidémiologique de la consommation de SPA chez les jeunes de 10 à 24 ans (Gagnon, 2009). Ce deuxième volet permettra de mettre à jour les connaissances quant aux conséquences pouvant être liées à l'usage de SPA chez les jeunes et aux facteurs qui permettent d'en expliquer l'usage. Un troisième et dernier volet fera l'objet d'une publication ultérieure et discutera des meilleures pratiques en matière de prévention.

Rappelons que cet état de situation s'inscrit dans le cadre d'une entente entre la Direction générale des services sociaux (DGSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et qu'il découle de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Il s'adresse aux décideurs et aux intervenants impliqués dans la prévention des problèmes liés à l'usage de SPA chez les jeunes du Québec.

Sources documentaires

Pour documenter les conséquences associées à la consommation de SPA chez les jeunes et les facteurs associés, une analyse documentaire a été effectuée. D'abord, les rapports d'enquêtes et documents gouvernementaux utilisés dans le premier volet de l'étude qui rapportaient ce type d'information ont été réutilisés. Ensuite, une recherche des écrits récents a été réalisée en premier lieu à partir de la banque électronique Pubmed, puis avec EBSCO Host qui inclut les banques Medline, PsycInfo, SocIndex et E-Journals. Plusieurs mots clés ont été utilisés, par exemple : *youth, adolescents, substance use, cannabis, alcohol, ecstasy, methamphetamine, health, prediction, intention*. Les articles retenus sont principalement des revues systématiques et des méta-analyses, ou sont ceux qui présentent les résultats d'études longitudinales et de prédiction comportementale. Certaines des références rapportées dans les articles retenus ont aussi été consultées.

Un comité d'accompagnement scientifique a été consulté à trois reprises pour discuter du contenu de ce document et de sa présentation (voir la liste des collaborateurs au début du document). Chacun des membres a alors pu suggérer des références supplémentaires et des façons de présenter le contenu.

Le document est présenté en trois parties. La première aborde quelques éléments importants du développement des jeunes qui permettront une meilleure compréhension du phénomène. La seconde expose les conséquences possibles de l'usage de SPA sur la santé physique et mentale des jeunes ainsi que les conséquences d'ordre psychosocial. La troisième partie traite des facteurs associés à cet usage.

1 MISE EN CONTEXTE : DE L'ADOLESCENCE À L'ÂGE ADULTE

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte s'accompagne de nombreux changements physiques et psychologiques qu'il est important de considérer lorsque l'on tente de comprendre les comportements des jeunes. Cette phase en est une de transition et de changement à travers laquelle les jeunes sont en construction active de leur future identité d'adulte (Amos et collab., 2006).

De façon générale, l'adolescence correspond au passage de l'âge de dix ans à environ dix-neuf ans (SCP, 2003). Les 20-24 ans seront considérés comme de jeunes adultes. Or, les différences physiologiques et psychologiques du développement font que les jeunes de 10-11 ans sont très différents des 12-14 ou des 15-19 et encore plus des 20-24 ans.

L'étude du développement neurophysiologique du cerveau montre une période de changements majeurs durant l'adolescence. La première période de croissance débute par un épaissement du cortex cérébral. Ensuite, une importante réorganisation du réseau neuronal coïncide avec la puberté. Celle-ci entraîne des difficultés au niveau de la prise de décision et de la capacité de jugement (Richter, 2006). Par contre, cette phase favorise le cheminement de la pensée vers le concret (10-11 ans), le rationnel (12-14 ans) et le formel (15-19 ans) (Berk, 1989).

La puberté marque aussi une deuxième croissance de la myélinisation du cerveau avec un développement des lobes frontaux (Giedd et collab., 1999). Celui-ci contribue au raffinement du raisonnement et de l'évaluation des conséquences à court et à long terme de nos actes (Crews et collab., 2007). Le développement de la pensée formelle, c'est-à-dire la capacité de raisonnement, est donc en processus de consolidation chez les adolescents (Cloutier, 1996). Le manque de maturité associé à cette phase de développement rend difficile l'anticipation des conséquences à long terme d'une action pouvant être dangereuse comme celle de consommer différentes substances. Plusieurs jeunes vivent aussi un sentiment d'invulnérabilité qui peut avoir un impact sur la prise de risques et la recherche de sensations fortes.

La fin de l'adolescence correspond à une période de grande croissance neurocognitive avec l'acquisition du raisonnement et de la capacité de réflexion où le jeune développe, entre autres, des habiletés pour contrôler ses pulsions et se projeter dans l'avenir (Crews et collab., 2007). Cette période est caractérisée par un grand besoin d'affirmation et de différenciation pour établir son identité personnelle d'adulte (Erikson, 1968; Schulenberg & Maggs, 2002). C'est le moment de choisir ses propres valeurs et d'établir son propre réseau social. C'est aussi une période où le jeune doit faire plusieurs choix face au futur.

Le développement ultime de l'adolescence consiste en l'établissement de l'indépendance et de l'autonomie (Lloyd et collab., 1997). Pendant cette phase menant vers l'autonomie, il est normal que les adolescents prennent leur distance face à la famille. Toutefois, il est entendu que les parents demeurent importants dans le processus de socialisation des jeunes (Cloutier, 1996).

Quant au développement moral, il se base sur l'acquisition de la maturité, de l'éducation et de la socialisation (Berk, 1989). L'intégration des nouvelles capacités cognitives permet aux jeunes de développer leur sens moral. Ce dernier correspond aux valeurs éthiques, à la capacité de jugement et à la bonne conduite.

Le tableau 1 ci-dessous présente une synthèse des phases de développement des jeunes selon le sexe et les différents enjeux développementaux qui leur sont reliés.

Ce bref chapitre a présenté un sommaire des étapes de développement des jeunes de ces groupes d'âge. Ces quelques informations seront utiles pour aborder les conséquences de l'usage de SPA chez les jeunes et les facteurs associés à cet usage.

Tableau 1 Les phases de développement des jeunes et les enjeux développementaux (Adapté de l'Énoncé de la SCP, 1997 et de Cloutier, 1996)

PHASES	FILLES	GARÇONS	ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX
10 à 11 ans Jeune adolescence (6 ^e année- sec.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Phase d'identification. • Apparition de la puberté. • Importance de la vie sociale. • Groupes de pairs de même sexe. • Sautes d'humeur fréquentes. • Grande préoccupation de l'image corporelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance sociale. • Période expérimentale de plusieurs comportements. • Recherche de preuve de virilité. • Manque de contrôle des impulsions. 	<p><i>Développement cognitif - Piaget</i> Intelligence opératoire concrète.</p> <p><i>Développement identitaire - Erickson</i> Début de la crise identitaire. Recherche de l'autonomie.</p> <p><i>Développement du sens moral - Kohlberg</i> Conformité aux normes sociales pour l'image. Besoin de l'approbation d'autrui.</p>
12-14 ans Milieu de l'adolescence (sec. 1-2-3)	<ul style="list-style-type: none"> • Période de conflits parentaux. • Préoccupation face à son apparence. • Début de l'acceptation générale du corps. • Expérimentation sexuelle. • Importance des rites de passage. <p>Phase d'opposition : 12-13 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement à risques fréquents. • Importance des rôles de modèles adultes. • Début de la puberté. <p>Phase d'opposition : 12-15 ans.</p>	<p><i>Développement cognitif</i> Intelligence opératoire formelle Augmentation de la pensée rationnelle. Augmentation de l'aptitude intellectuelle.</p> <p><i>Développement identitaire</i> Besoin de vie privée. Engagement envers ses camarades. Augmentation de l'étendue des sentiments.</p> <p><i>Développement du sens moral</i> Conformité aux valeurs des camarades. Besoin de l'approbation d'autrui.</p>

Tableau 1 Les phases de développement des jeunes et les enjeux développementaux (adapté de l'Énoncé de la SCP, 1997 et de Cloutier, 1996) (suite)

PHASES	FILLES	GARÇONS	ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX
15 à 19 ans Fin de l'adolescence (sec. 4-5, CÉGEP)	<ul style="list-style-type: none"> • Phase d'indépendance, d'autonomie. • Acceptation des changements de la puberté. • Diminution de l'importance des pairs. • Importance des relations amoureuses. <p>Phase d'affirmation du moi : 13-16 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Santé et forme physique. • Apparition et progression de la puberté. • Agressivité. • Période de risque d'invincibilité. <p>Phase d'affirmation du moi : 15-17 ans.</p>	<p><i>Développement cognitif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité de compromis et d'établir des limites. <p><i>Développement identitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Attachement aux pairs. • Ambivalence face à leur dépendance-indépendance. • Objectif vocationnel pratique et réaliste. <p><i>Développement du sens moral</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Raffinement des valeurs morales, religieuses et sexuelles. • Réacceptation des conseils et des valeurs parentales.
20 à 24 ans Jeune adulte (CÉGEP, université, travailleur)	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'un partenaire. • Meilleure confiance en soi et plus grande affirmation de soi. • Renoncement à leur attachement aux parents, départ du foyer. • Escorte sociale : famille, amis et conjoint. <p>Phase d'essai et d'acquisition des différents rôles sociaux (conjoint, parents et travailleurs)</p>		<p><i>Développement cognitif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'exécution de tâches cognitives rapides. • Capacité de mémorisation maximale. • Acceptation de l'incertitude. <p><i>Développement identitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stade de l'intimité, de l'isolement et de la solidarité. • Stabilité des traits de personnalité. • Période de définition de soi en fonction des rôles sociaux. <p><i>Développement du sens moral</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Principe de l'égalité important. • Engagement issu dans des valeurs humaines universelles.

2 CONSÉQUENCES DE L'USAGE DE SPA CHEZ LES JEUNES

De façon générale, les SPA agissent sur le système nerveux central comme stimulants, perturbateurs ou dépresseurs. À court terme, les dépresseurs (alcool, gamma-hydroxybutyrate – GHB, héroïne, inhalants) entraînent une sensation de détente, de bien-être et de rêve ainsi qu'une perte d'inhibition. Les stimulants (cocaïne, amphétamines-méthamphétamine, ecstasy) favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et masquent la fatigue. Ils induisent un sentiment d'assurance et de contrôle de soi. Les perturbateurs (cannabis, PCP, kétamine, champignon magique) provoquent une perturbation de la perception de l'environnement, du temps et de l'espace, une plus grande sensibilité aux couleurs et aux sons et une confusion des sens.

Les effets ressentis par la consommation de SPA dépendront bien entendu de la substance consommée (type de drogue, quantité, qualité), mais aussi des caractéristiques de l'individu qui la consomme (sexe, âge, taille, poids, état de santé, etc.) et du contexte dans lequel cette substance sera consommée (seul, en groupe, lors d'une fête entre amis, suite à une peine d'amour, etc.) (Peele, 1982).

Au-delà des effets ressentis à court terme, plusieurs conséquences, les plus souvent négatives, peuvent être associées à la consommation de SPA. Elles sont principalement liées à la consommation régulière et prolongée ainsi qu'à la consommation excessive et à l'intoxication (Paglia-B. & Adlaf, 2007). D'autres auteurs sont aussi d'avis que plus le nombre de substances consommées est grand, plus les problèmes pouvant en découler risquent d'être nombreux (Zoccolillo et collab., 1999). Mis à part la fréquence de consommation et le nombre de drogues consommées, les conséquences liées à l'intoxication sont aussi très importantes et souvent graves. Chez les jeunes, c'est d'ailleurs aux intoxications et non à la dépendance que sont associés les plus nombreux problèmes liés à la consommation de SPA.

Possible en raison de la prévalence élevée de son usage, l'alcool est la SPA qui crée le plus de problèmes dans la société. Les coûts attribuables à l'abus d'alcool au Canada sont près de deux fois plus élevés que ceux attribuables à l'abus d'autres drogues (Rehm et collab., 2006). De façon générale, les problèmes de santé, la violence, les difficultés au travail et à l'école, les accidents, les blessures et décès, le suicide, les comportements sexuels à risque sont autant de phénomènes associés à l'usage abusif d'alcool (Léonard & Ben Amar, 2002).

En ce qui a trait au cannabis, la drogue la plus souvent consommée par les jeunes après l'alcool, Kalant (2004) et Panda (2006) font ressortir plusieurs problèmes possibles au niveau de la santé physique, mentale et des fonctions cognitives. Foley (2006) précise que la consommation de cannabis chez les adolescents peut amener des problèmes pulmonaires et cardiovasculaires, des effets cognitifs (sur la mémoire, l'attention, l'organisation et l'intégration de l'information), des effets sur la santé mentale (dépression, psychose et schizophrénie), des effets sur le comportement délinquant, un plus grand risque de rapports sexuels non désirés et non protégés et un plus grand risque de conduire un véhicule avec les facultés affaiblies.

L'étude de la littérature portant sur les conséquences de l'usage de SPA chez les jeunes permet de les regrouper de la façon suivante : les conséquences sur la santé physique; les conséquences sur la santé mentale et les conséquences psychosociales.

2.1 CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

De façon générale, plusieurs problèmes de santé physique peuvent être associés à la consommation de SPA. Par exemple, Paglia-B et Adlaf (2007) rapportent que l'usage régulier et prolongé d'alcool peut causer le cancer, des maladies du foie, l'hypertension et des lésions cérébrales. L'usage régulier et prolongé de cannabis est, quant à lui, associé à des maladies respiratoires et des problèmes bucco-dentaires. Par contre, le cannabis a un faible taux de toxicité et les risques de surdose sont presque nuls (Kalant, 2004).

La consommation de stimulant peut amener une augmentation du rythme cardiaque (tachycardie), des palpitations, des arythmies, de l'hypertension, la perte de poids et de la faiblesse musculaire (Léonard & Ben Amar, 2002). L'ecstasy peut provoquer une hémorragie cérébrale, un infarctus, des problèmes valvulaires cardiaques, une hypertension pulmonaire, une hyperthermie, une hépato toxicité, une hyponatrémie (faible taux de sodium dans le sang) et une rétention urinaire. Par contre, il semble que ces conséquences, bien que graves, soient peu fréquentes (Fallu et collab., 2004; Gowing et collab., 2002). Bien que ce phénomène soit rare, le décès peut suivre un épisode important de déshydratation et d'hyperthermie dû à la consommation d'ecstasy (Fallu et collab., 2004; Léonard & Ben Amar, 2002). L'intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires et le suicide sont notés comme principaux diagnostics de personnes décédées à l'hôpital suite à une hospitalisation liée aux drogues (Vaugeois, 2004).

Bien que les jeunes ne soient pas à l'abri des problèmes de santé aigus ou chroniques mentionnés ci-dessus, les principales conséquences de la consommation de SPA sur leur santé physique se rapportent aux problèmes liés au développement neurocognitif, à la transmission des ITSS, aux grossesses adolescentes et aux traumatismes et décès liés aux accidents.

2.1.1 Effets sur le développement neurocognitif

La consommation d'alcool et d'autres drogues peut affecter le développement du cerveau des adolescents encore en transformation majeure (Crews et collab., 2007). Il peut en résulter des dommages permanents ou à long terme de certaines structures et fonctions du cerveau (Briones et collab., 2006; Leshner, 2003). Des études récentes ont d'ailleurs montré des anomalies dans la maturation neuronale du cerveau chez de jeunes consommateurs (Brown et collab., 2008; Leshner, 2003; Squeglia et collab., 2009).

Une consommation abusive d'alcool peut interrompre le développement cortical du cerveau, altérer les fonctions supérieures et engendrer davantage de comportements impulsifs. Ceci est accompagné d'un risque accru d'abus et de dépendance (Crews et collab., 2007). Chez les adolescents grands consommateurs de cannabis, on retrouve davantage de déficits neurocognitifs au niveau des capacités d'apprentissage et de la mémoire comparativement aux adultes ayant le même profil de consommation (Paglia-B. & Adlaf, 2007; Schweinsburg

et collab., 2008). Enfin, la prise d'amphétamines à doses élevées peut aussi amener la perte de mémoire à court terme (Léonard & Ben Amar, 2002).

2.1.2 ITSS et grossesses à l'adolescence

Une personne qui a bu est plus susceptible de s'engager dans une relation sexuelle à risque qu'une personne sobre (Dingle & Oei, 1997). Les propriétés désinhibitrices de l'alcool et de plusieurs autres substances expliquent en partie la prise de risque sexuel chez les jeunes. Le nombre de partenaires sexuels serait trois fois plus élevé chez les jeunes américains qui consomment de l'alcool de façon excessive, et ce, autant chez les garçons que chez les filles (Cooper, 2002). Plus de 14 % des répondants de l'enquête sur les campus canadiens rapportent des relations sexuelles non planifiées liées à la consommation d'alcool (Adlaf et collab., 2005). Haley et collab. (2002) rapportent, pour leur part, que plus de 10 % des jeunes de la rue qui ont participé à leur étude sont toujours sous l'influence d'alcool ou de drogues lors de leurs rapports sexuels.

D'autres recherches montrent des liens entre l'usage de drogues de synthèse (les auteurs font référence ici à l'ecstasy, la kétamine, la méthamphétamine et le GHB) et les comportements sexuels à risque, tant chez les hétérosexuels que chez les homosexuels (Freese et collab., 2002). Selon ces auteurs, le risque d'adopter un comportement sexuel à risque augmente avec le nombre de drogues consommées. Dans la communauté homosexuelle de Montréal, les hommes de moins de 30 ans et ceux qui ont eu des relations anales sans protection semblent plus enclins à consommer de la cocaïne, de l'ecstasy, des hallucinogènes, du méthamphétamine et du GHB (Otis et collab., 2006).

D'autres auteurs américains ont récemment montré que la consommation de méthamphétamine chez les adolescents (considérée dans leur étude comme du speed, crystal ou ice) était associée à des comportements sexuels à risque et à la grossesse à l'adolescence (Zapata et collab., 2008). Plus précisément, comparativement aux jeunes qui n'ont jamais consommé de méthamphétamine, ceux qui en consomment (autant les garçons que les filles) sont plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles dans les trois derniers mois (70,4 % vs 31,4 %) et à avoir eu deux partenaires et plus dans les trois derniers mois (34,9 % vs 7,3 %) et ils rapportent plus souvent s'être retrouvés dans une situation de grossesse à l'adolescence (18 % vs 3,1 %).

S'injecter des drogues avec une seringue que quelqu'un d'autre a déjà utilisée favorise la transmission de virus transmissibles par le sang tels que le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C, en plus d'occasionner des infections cutanées qui peuvent se détériorer en cellulites, abcès, septicémies ou endocardites (Paglia-B. & Adlaf, 2007). Des chercheurs québécois ont montré que la prévalence du VIH et de l'hépatite B chez les jeunes de la rue était liée principalement au fait d'être âgé de plus de 18 ans et de s'être injecté des drogues avec des seringues souillées (Roy et collab., 1999; Roy et collab., 2000).

La prévalence du VIH est aussi associée à la mortalité des jeunes de la rue. Roy et collab. (2004) ont rapporté le décès de 36 jeunes sur une période de cinq ans. Les variables associées à ce taux de mortalité étaient par ordre d'importance : l'infection au VIH, la consommation quotidienne d'alcool dans le dernier mois, être sans abri depuis six mois,

s'être injecté des drogues dans les six derniers mois, être de sexe masculin. Ce taux de mortalité est environ 11 fois plus élevé que chez des jeunes du même âge et du même sexe et les principales causes de décès sont le suicide et les surdoses (Boivin et collab., 2005).

2.1.3 Traumatismes

L'alcool au volant demeure la principale cause d'accidents graves et de décès sur les routes du Québec avec environ 200 morts et plus de 1000 blessés graves chaque année. L'alcool est mis en cause dans près du quart des accidents mortels et de 20 % des accidents avec blessés. Le groupe d'âge de 19-24 ans présente le plus haut pourcentage de conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool (Léonard & Ben Amar, 2002).

La capacité de conduire peut être affectée par la prise de toutes substances psychoactives et il est actuellement impossible de déterminer un seuil sécuritaire de consommation de ces différentes substances (Émond & Tremblay, 2007). De façon générale, un conducteur sous l'influence du cannabis risque de moins bien percevoir l'environnement; sa coordination ainsi que son attention à l'environnement routier risquent également d'être affectées; il peut éprouver de la difficulté à maintenir une trajectoire en ligne droite, à rouler à vitesse constante et à évaluer les distances; le temps de réaction est augmenté, les réflexes ralentis et la conduite hésitante; il risque enfin de ne pas reconnaître les signaux de danger et de ne pas réagir adéquatement lors d'une situation imprévue (Émond & Tremblay, 2007).

Les résultats d'une récente étude réalisée en Colombie-Britannique indiquent que parmi un échantillon de 1533 véhicules interceptés pour participer à l'étude, plus d'un conducteur sur 10 (10,4 %) avaient pris de la drogue, alors que 8,1 % avaient bu (Beirness & Beasley, 2009). Cette étude révèle aussi que le cannabis et la cocaïne étaient les drogues les plus souvent détectées. Alors que la consommation d'alcool était plus fréquente la fin de semaine et en fin de soirée, la consommation de drogues se répartissait plus également pendant les heures d'enquête. Enfin, la consommation d'alcool était plus fréquente chez les conducteurs de 19 à 24 ans et chez ceux de 25 à 34 ans alors que la consommation de drogues se répartissait plus également dans tous les groupes d'âge. Le cannabis au volant ne serait donc pas seulement une affaire de jeunes. Par contre, des chercheurs québécois ont récemment établi que, chez les jeunes, l'usage de cannabis est une variable explicative de la vitesse au volant (Richer & Bergeron, 2007). De plus, les individus qui conduisent fréquemment et les usagers réguliers de cannabis font montre d'un niveau d'agressivité au volant plus élevé que les autres conducteurs. Cette étude indique finalement que la consommation de cannabis prédit la prise de risque sur la route associée à la vitesse imprudente ainsi qu'à l'agressivité au volant.

Enfin, dans une enquête chez des étudiants ontariens, le pourcentage de conducteurs déclarant avoir conduit un véhicule après avoir consommé du cannabis est plus élevé que celui des conducteurs déclarant avoir conduit après avoir bu de l'alcool (20 % vs 14 %) (Adlaf & Paglia-Boak, 2005). Plus du quart (29 %) des élèves de la 7^e à la 12^e année rapportent avoir été passagers dans un véhicule conduit par une personne qui avait consommé de l'alcool et 22 % rapportent avoir été passagers dans un véhicule conduit par une personne ayant pris de la drogue.

2.2 CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

La consommation et l'abus de substances peuvent accentuer des problèmes de santé mentale ou diminuer l'efficacité d'une médication. Aussi, la sensation de bien-être que peut procurer la drogue peut amener une sous-estimation des symptômes de maladie mentale (Perreault et collab., 2009). Les troubles de santé mentale les plus souvent observés en concomitance avec l'usage de SPA sont : les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles bipolaires, les troubles des conduites (caractérisés par des conduites persistantes d'agression, de destruction, de fraudes, de vols ou de violation des règles), la dépression, les troubles de l'alimentation, les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, les troubles d'apprentissage, le stress post-traumatique, la schizophrénie et l'anxiété sociale (Tupker, 2004).

Dans ses travaux portant sur les jeunes, les drogues et la santé mentale, Tupker (2004) suggère différents types de relations possibles entre l'usage d'alcool ou d'autres drogues et les troubles mentaux. L'usage de SPA peut *faire apparaître des troubles mentaux* – par exemple, un jeune qui boit beaucoup d'alcool risque de développer des symptômes de dépression. L'usage de SPA peut *déclencher certains troubles chez un jeune qui aurait une prédisposition* à un problème de santé mentale – par exemple, la consommation de PCP peut déclencher des symptômes de manie chez un jeune prédisposé. L'usage de SPA peut *exacerber une maladie mentale*, c'est-à-dire que les symptômes déjà présents de la maladie peuvent s'aggraver suite à la consommation. Par exemple, les effets dépressifs et désinhibiteurs de l'alcool peuvent amener un jeune ayant des pensées suicidaires à passer à l'acte. Les effets de l'usage de SPA peuvent *imiter les symptômes de troubles mentaux*. Par exemple, un jeune peut avoir un délire paranoïde après avoir consommé beaucoup d'amphétamines. L'usage de SPA peut *masquer les symptômes de maladies mentales* et s'avérer être une forme d'autotraitement pour certains jeunes.

L'usage de cannabis en particulier est associé à une augmentation de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes adultes, et ce, indépendamment de l'usage d'autres drogues (Hayatbakhsh et collab., 2007). Il augmente les risques de psychose ou de symptômes psychotiques et ce phénomène augmente avec la fréquence de la consommation (Fergusson et collab., 2006b). Les désordres psychotiques sont des troubles mentaux dans lesquels la personnalité est désorganisée et le contact avec la réalité est altéré. Pendant un épisode psychotique, une personne est confuse au sujet de la réalité et peut éprouver des illusions et/ou des hallucinations (DSM-IV-TR, 2003).

En ce qui a trait à la dépendance, des auteurs estiment que 40 % des jeunes qui commencent à boire avant l'âge de 14 ans risquent de développer une dépendance à l'alcool, comparativement à 10 % de risque de dépendance chez ceux qui commencent à 20 ans et plus (Rivara et collab., 2009). La dépendance alcoolique chez les adolescents peut, à son tour, causer un déficit cognitif, de l'anxiété ou de la dépression.

Le risque de dépendance au cannabis est plus élevé chez les jeunes qui débutent leur consommation avant l'âge de 15 ans. Un usage précoce et régulier de cannabis à l'adolescence prédit une augmentation des risques de dépendance, qui annonce à son tour un risque accru d'utiliser d'autres drogues et d'avoir des symptômes de dépression et de

psychose (Hall & Degenhardt, 2007). Un consommateur de cannabis sur dix est à risque de dépendance et cette proportion peut s'élever à 50 % chez ceux qui consomment quotidiennement (Hall, 2006).

Enfin, il semble que les amphétamines et la méthamphétamine peuvent plus facilement induire la dépendance et la psychose que l'ecstasy (Gowing et collab., 2002).

Des auteurs suggèrent enfin d'être prudent dans l'interprétation des résultats des études portant sur les effets des SPA sur la santé mentale en raison des importants biais méthodologiques possibles (Elkashef et collab., 2008).

2.3 CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

Les conséquences psychosociales abordées ci-dessous sont liées aux difficultés et décrochage scolaires ainsi qu'aux phénomènes de la délinquance et de la violence chez les jeunes.

2.3.1 Difficultés et décrochage scolaires

Brook et collab. (1999) ont rapporté que la consommation de cannabis en début d'adolescence était un facteur de risque du décrochage scolaire. L'usage régulier et prolongé de cannabis est associé à l'échec et l'abandon des études (Paglia-B. & Adlaf, 2007). Dans leur récente revue systématique sur l'usage de substance et le décrochage scolaire, Townsend et collab. (2007) notent qu'une association significative entre l'usage précoce de cannabis et le décrochage scolaire a été identifiée dans plusieurs études longitudinales. Ces auteurs rappellent aussi que le décrochage scolaire est un phénomène complexe où plusieurs variables peuvent intervenir tel que l'origine ethnique, le sexe et la motivation à performer. Il n'est pas possible de mettre en évidence l'effet unique de l'usage de drogues sur le décrochage scolaire. Par contre, de l'avis de Hall (2006), la consommation de cannabis interfère avec les capacités d'apprentissage et la réussite scolaire, et les difficultés à l'école sont à leur tour un facteur de risque du décrochage et de l'usage de cannabis. Enfin, Kalant (2004) a aussi mis en corrélation l'échec scolaire et la fréquence d'usage de cannabis à l'adolescence et chez les jeunes adultes.

2.3.2 Délinquance et violence

La délinquance et l'usage de SPA sont deux phénomènes étroitement liés et la nature de cette relation peut s'avérer très complexe (Brochu, 2006). De façon générale, il est reconnu que la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues est nettement plus élevée dans la population judiciairisée que dans la population générale et que les contrevenants qui font usage de drogues illicites commettent plus de crimes que les non-consommateurs. En fait, Brochu (2006) précise que l'usage de drogues peut augmenter les probabilités qu'une personne s'engage dans une carrière délinquante persistante et grave et de façon générale, une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues se traduit fréquemment par une augmentation de la criminalité.

Des auteurs québécois ont mis en relation des trajectoires de consommation et de délinquance (Brochu, 2006; Brunelle et collab., 2005b). Ces auteurs proposent différents modèles explicatifs de la nature des relations drogues-délinquance. Ainsi, le modèle psychopharmacologique soutient que les effets de certaines SPA ont le potentiel d'induire différentes formes d'agression. Dans ce contexte, la personne consommerait pour se donner le courage de commettre un crime. Le modèle économique-compulsif explique que la consommation de SPA incite à la criminalité particulièrement lorsqu'il y a dépendance envers un produit illicite coûteux. Dans ces cas, les crimes deviennent un moyen pour subvenir au besoin d'argent lié à cette dépendance. Le modèle causal inversé explique plutôt que c'est l'implication dans un style de vie criminel qui incite à la consommation. Enfin, Brunelle et collab. (2005a) ont proposé un modèle de trajectoire déviante adapté aux jeunes. Le point d'ancrage de ce modèle relève de la fréquence et de la gravité de la consommation de SPA des jeunes et de la gravité de la délinquance. Essentiellement, plus le stade de consommation est avancé, plus la délinquance s'accroît et devient une conséquence de la consommation.

Dans leur étude réalisée auprès de jeunes consultant en centre spécialisé de réadaptation en toxicomanie, Tremblay et collab. (2007) révèlent que près de la moitié (49,6 %) d'entre eux avaient déjà été arrêtés ou avaient déjà reçu une sommation à comparaître pour un délit quelconque. Les arrestations étaient principalement associées au vol (25 %), à la possession ou la revente de drogues (23 %), aux méfaits (18 %) et aux voies de fait (14 %). Ces auteurs concluent que chez les jeunes en traitement spécialisé pour abus d'alcool ou autres drogues, la judiciarisation est associée à un abus plus sévère des SPA.

Parmi toutes les SPA, l'alcool est la substance la plus fréquemment associée à la criminalité et le plus souvent mise en rapport avec la délinquance violente. En effet, un nombre significatif de jeunes consommateurs s'engagerait dans des comportements violents sous l'effet de l'alcool (Kodjo et collab., 2004). D'autre part, Ernst et collab. (2006) soulignent que les consommateurs de cannabis seraient plus agressifs que les non-utilisateurs et les consommateurs d'alcool plus impulsifs que les non-utilisateurs.

Dans l'enquête sur les toxicomanies au Canada, le taux de jeunes qui déclarent avoir subi un ou plusieurs méfaits au cours des douze derniers mois en raison de la consommation d'alcool par des tiers est deux fois plus élevé que chez les adultes (59,6 % vs 28,8 %) (Flight, 2007). Les méfaits rapportés sont : insultes ou humiliations (36,1 %), bousculades (32,7 %), querelles ou disputes graves (31,9 %), violence verbale (25,4 %), problèmes familiaux ou conjugaux (13,9 %), coups ou agression physique (10,1 %). Les jeunes sont plus nombreux que le reste de la population adulte à déclarer que leur propre consommation d'alcool leur a causé des méfaits (21,8 % vs 8,8 %).

La consommation d'alcool et d'autres substances est aussi associée à la violence sexuelle vécue par les jeunes filles (Champion et collab., 2004). Ces auteurs précisent que la consommation excessive d'alcool, l'âge à la première consommation d'alcool et l'usage de cannabis dans les 30 derniers jours sont associés au fait d'avoir été victime de sévices sexuels. Une récente étude ontarienne a traité de la prévalence des agressions sexuelles facilitées par la drogue (Du Mont & Macdonald, 2009). Sur deux ans d'étude, ces auteurs ont constaté que 23 % des présumés cas d'agression mettaient en jeu des adolescentes âgées

de 16 à 19 ans et que 20 % de ces présumés cas d'agression avaient été facilités par la drogue, que ce soit l'alcool, le cannabis ou autres. Contrairement à la croyance populaire, c'est l'alcool et non le gamma-hydroxybutyrate (GHB) qui est la substance la plus souvent associée au contexte d'une agression sexuelle (Perreault et collab., 2008).

En conclusion, il est clair que la consommation de SPA chez les jeunes a des conséquences psychosociales et de santé qui peuvent s'avérer graves et que ces conséquences peuvent compromettre le développement des jeunes. Consommer une faible quantité d'alcool à l'occasion ou faire l'essai de cannabis dans une occasion spéciale sont des expériences partagées par plusieurs jeunes dans notre société (voir volet 1 : portrait épidémiologique) et cet usage n'entraîne pas ou peu de conséquences négatives. Par contre, la consommation régulière ou excessive d'alcool et de cannabis et la consommation de drogues illicites et de synthèse sont des phénomènes préoccupants et une attention doit être portée aux différents facteurs qui tentent d'expliquer l'adoption de ces comportements.

3 FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE SPA CHEZ LES JEUNES

Ce chapitre tente de cerner les facteurs pouvant être associés à l'initiation, à l'usage et à l'abus de SPA chez les jeunes, dans le but de cibler des pistes d'intervention pour la prévention. Les motifs de consommation rapportés par les jeunes sont d'abord présentés. Différents facteurs de risque et de protection sont ensuite décrits. Enfin, une recension des études utilisant des modèles psychosociaux de prédiction comportementale et qui portent spécifiquement sur des comportements de consommation de SPA chez les jeunes est présentée.

3.1 MOTIFS DE CONSOMMATION RAPPORTÉS PAR LES JEUNES

Dans la collecte de 2006 de l'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, les répondants étaient invités à se prononcer sur les raisons pour lesquelles les jeunes de leur âge commenceraient à consommer de l'alcool ou du cannabis. Par ordre décroissant d'importance, les raisons étaient : parce que les amis consomment, par curiosité, pour s'enivrer ou être *high*, parce que c'est cool, pour relaxer, parce que les jeunes qui consomment sont populaires, parce que le père ou la mère consomme, pour transgresser l'interdit ou défier l'autorité et pour passer le temps (Dubé et collab., 2007). Dans l'enquête sur les toxicomanies au Canada, trois motifs sont rapportés pour expliquer la première consommation : pour essayer ou expérimenter (49,3 %), pour être euphorique (11,2 %) et parce que la famille ou les amis en consomment (10,8 %) (Flight, 2007).

En ce qui concerne précisément l'alcool, les raisons de boire diffèrent selon le contexte de consommation et permettent d'expliquer en partie la quantité d'alcool consommée dans une occasion. C'est ce que Kairouz et collab. (2002) ont identifié dans leur étude réalisée auprès de jeunes universitaires. Les étudiants rapportent boire moins lorsqu'ils boivent pour le goût ou pour accompagner un repas. Ils consomment plus lorsqu'ils le font pour se soûler, pour célébrer, pour se sentir moins timides, pour oublier leurs problèmes et pour se sentir bien. Ils ont aussi tendance à boire davantage pour être plus sociables, pour faire comme les autres et pour relaxer. La relation entre les raisons sociales de boire et la quantité d'alcool bue est plus forte chez les garçons que chez les filles, alors que la relation entre les raisons et la quantité bue ne varie pas différemment selon le sexe lorsqu'il s'agit de vouloir oublier ses problèmes ou de se sentir moins timides.

Dans l'étude de Laventure et collab. (2006) réalisée auprès d'adolescents ayant un trouble des conduites, les motifs exprimés par les jeunes concernant leur consommation de SPA sont soit de nature extrinsèque (par curiosité, pour le plaisir, pour faire une nouvelle expérience, pour appartenir à un groupe), ou de nature intrinsèque (besoin d'oublier des conflits, problèmes familiaux, mésestime personnelle, etc.). Ces auteurs prétendent que les jeunes consommeraient pour des raisons extrinsèques et surconsommeraient pour des raisons intrinsèques.

À partir d'entrevues réalisées dans trois villes du Québec auprès de 62 jeunes recrutés dans des centres jeunesse, des centres de réadaptation de la toxicomanie, à l'école et sur la rue, Brunelle et collab. (2005a) ont rapporté différents motifs de consommation liés à des trajectoires de délinquance et de toxicomanie. Ainsi, en début de trajectoire (initiation ou consommation occasionnelle), les jeunes consomment par curiosité, pour le plaisir, par identité familiale (parce que le parent consomme), pour appartenir à un groupe de pairs ou pour dépenser des revenus obtenus de façon illégale. Lorsque la fréquence de consommation augmente, les motifs évoluent et deviennent : pour l'effet ressenti, par désir d'affiliation (quête d'amour et d'identité), pour se donner du courage pour commettre un délit. Certains rapportent une plus grande fréquence de consommation liée à des événements marquants qui font émerger des sentiments négatifs tels la culpabilité ou une mésestime personnelle. De plus, les conséquences négatives liées à l'usage de drogues et vécues par les jeunes peuvent les inciter à une plus grande consommation. Finalement, à un stade de dépendance, plusieurs jeunes rapportent que la consommation les aide à oublier ou à ne penser à rien. En somme, plus la fréquence de la consommation augmente, plus les motifs principaux de consommation passent du plaisir ludique (fun) au plaisir amnésique (pour oublier ses problèmes).

Dans leur étude qualitative réalisée auprès de jeunes et d'adultes de quatre communautés du Nunavik, Brunelle et collab. (2008) rapportent une dizaine de motifs différents liés à la consommation : plaisir et curiosité, apprentissage et imitation, pour diminuer le stress, pour diminuer la douleur physique, par ennui ou manque d'activités, manque d'emplois, informations insuffisantes sur les méfaits associés à la consommation, perte d'identité liée à la colonisation, difficulté à s'adapter à certaines situations (pauvreté, problèmes à la maison, abus et suicide) et manque d'encadrement parental.

Parks et Kennedy (2004) ont questionné une cinquantaine de jeunes américains sur les raisons de consommer des drogues de synthèse. Tous les participants ont consommé une ou l'autre de ces drogues simplement pour en faire l'expérience et presque tous l'ont déjà fait pour se sentir bien et pour avoir du plaisir avec leurs amis (90 %). La majorité des répondants prennent ces drogues pour leurs propriétés stimulantes, pour augmenter l'effet d'autres drogues, pour relaxer et faire baisser la tension. Près de la moitié les utilisent aussi pour oublier leur problème et 30 % se disent « accro » ou en ont besoin pour traverser leur journée ou parce qu'ils sont frustrés ou en colère.

Dans leur récente étude sur la consommation spécifique d'amphétamines chez les adolescents et adolescentes de Montréal, Fallu et collab. (2008) rapportent des motifs de type hédoniste (caractérisés par la recherche de plaisir), sociaux (permet d'entrer en relation, pour être comme les autres), de régulation émotionnelle (pour gérer les émotions ou situations de vie négatives), et des motifs fonctionnels (pour hausser certaines capacités physiques ou mentales incluant pour maigrir, compléter des tâches et augmenter la performance en sport). Ces informations sont tirées de quatre groupes-sonde de 5 à 6 jeunes qui avaient déjà consommé des amphétamines au moins une fois et qui fréquentaient une école secondaire dans la région de Laval ou en Montérégie. Les auteurs notent par ailleurs que les trois premières catégories de motifs rapportés par les jeunes au regard de la consommation d'amphétamines sont aussi les trois principales motivations liées à la consommation d'alcool chez ces jeunes.

3.2 FACTEURS DE RISQUE

Un facteur de risque est un élément qui augmente la probabilité de l'apparition d'un problème chez un individu, alors que les facteurs de protection peuvent directement diminuer cette probabilité ou agir comme modérateurs en réduisant les effets de l'exposition au risque.

Hawkins et collab. (1992) ont publié une importante revue de la littérature sur les facteurs de risque liés à l'usage d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents et les jeunes adultes. Bien que cette publication date de plus de 15 ans, elle est encore très souvent citée dans les publications plus récentes et elle est, à notre avis, incontournable lorsqu'il s'agit de mieux comprendre ce phénomène. Les facteurs de risque qui y sont identifiés peuvent être regroupés en deux grandes catégories; soit les facteurs individuels et liés à l'environnement, et les facteurs contextuels (voir tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 Facteurs de risques liés à l'usage d'alcool et autres drogues chez les adolescents et les jeunes adultes

Facteurs individuels et liés à l'environnement	Facteurs contextuels
<ul style="list-style-type: none">▪ Facteurs liés à la famille<ul style="list-style-type: none">• Attitudes et comportements des parents par rapport à l'usage de drogues• Pratiques d'éducation inconsistantes des parents• Conflits familiaux• Peu d'attachement parental▪ Facteurs liés à l'école<ul style="list-style-type: none">• Problèmes académiques• Peu d'engagement ou d'appartenance à l'école• Norme de l'école▪ Facteurs liés à d'autres comportements problématiques<ul style="list-style-type: none">• Usage précoce ou usage d'autres drogues• Liens avec des pairs qui consomment• Problèmes de comportement précoces et persistants• Aliénation et rébellion contre l'autorité – comportement délinquant	<ul style="list-style-type: none">▪ Lois, normes et accessibilité<ul style="list-style-type: none">• Taxation• Lois régissant à qui l'alcool est vendu• Lois régissant la façon dont l'alcool est vendu• Normes culturelles▪ Situation économique

3.2.1 Facteurs individuels et liés à l'environnement

Facteurs liés à la famille

Hawkins et collab. (1992) ont recensé divers facteurs relatifs à la famille qui peuvent intervenir dans la consommation des jeunes. Les attitudes et comportements des parents par rapport à l'usage de drogues, les pratiques d'éducation inconsistantes des parents, les conflits familiaux et le peu d'attachement parental sont les principaux.

Des auteurs ont récemment étudié l'influence des parents sur l'intention des jeunes de consommer de l'alcool (Tildesley & Andrews, 2008). Ils ont ainsi identifié que l'usage d'alcool chez les parents réduit le contrôle parental et augmente l'inconsistance disciplinaire, laquelle est liée à l'augmentation de l'intention des enfants d'en consommer.

Aussi, dans la plus récente enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, la proportion d'étudiants qui ont consommé de la drogue au cours d'une période de douze mois est plus élevée parmi ceux qui vivent dans une structure familiale monoparentale que parmi ceux vivant dans une structure familiale biparentale (38,5 % vs 24,1 %) (Cazale et collab., 2009).

À la jeune adolescence, les problèmes familiaux sont les facteurs les plus souvent associés à la consommation alors qu'un peu plus vieux, c'est le peu d'appartenance à l'école et l'influence des pairs qui prennent place comme principaux facteurs de risque. Enfin, chez les jeunes adultes, ce sont les problèmes émotionnels et de comportements qui sont le plus fortement associés à une consommation problématique (Steinhausen et collab., 2007).

Facteurs liés à l'école

Lorsque la norme en matière de consommation d'alcool reflète une tolérance et une permissivité, les élèves sont plus susceptibles de boire de façon excessive (Kairouz & Adlaf, 2003).

Une étude longitudinale réalisée auprès de jeunes américains âgés entre 14 et 20 ans a révélé que les mauvaises conduites à l'école et l'encouragement des pairs en ce sens sont des facteurs positivement associés à l'usage de substances à 14 ans et à une augmentation de l'usage dans le temps (Bryant et collab., 2003). Aussi, l'appartenance et l'intérêt à l'école, les efforts et la réussite scolaire sont négativement associés à l'usage de drogues chez les jeunes ou agiraient comme facteurs de protection.

Dans l'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, la consommation de drogues au cours d'une période douze mois était plus répandue parmi les élèves qui évaluent leur performance scolaire sous la moyenne de leur classe que chez ceux qui la situent au-dessus de la moyenne (41 % vs 23 %) (Cazale et collab., 2009).

Facteurs liés à d'autres comportements problématiques

L'usage précoce d'alcool et de drogues est un facteur associé à l'alcoolisme et à la dépendance aux drogues (Hall & Degenhardt, 2007; Rivara et collab., 2009). De plus, le cannabis est souvent accusé de conduire à l'utilisation d'autres drogues. Leonard et Ben Amar (2002) soulignent qu'il n'existe pas de preuve que la consommation de cannabis, même à des quantités élevées, prédispose une personne à utiliser d'autres drogues. Bien que plusieurs consommateurs de drogues dites dures disent avoir consommé du cannabis dans le passé, cela ne prouve pas que ce soit cette consommation qui ait conduit à l'usage d'autres drogues. Aussi, la majorité des consommateurs de cannabis ne consommeront jamais d'autres drogues. Par contre, les résultats d'une étude longitudinale étalée sur une période de 25 ans et touchant 1265 enfants de Nouvelle-Zélande a permis d'identifier que la

fréquence de l'usage de cannabis est associée à l'usage, l'abus et la dépendance à d'autres drogues illicites ainsi qu'à l'usage d'une grande diversité d'autres drogues (Fergusson et collab., 2006a). Plus la fréquence d'usage de cannabis est élevée, plus les risques d'usage, d'abus et de dépendance à d'autres drogues sont élevés. Ces auteurs affirment que cette association est particulièrement importante chez les adolescents et tend à s'estomper avec l'âge. Aussi, selon Kilmer et collab. (2007), les usagers de cannabis sont plus à risque d'utiliser d'autres substances illicites et d'avoir des épisodes de consommation d'alcool excessive.

L'équipe de Brunelle et collab. (2009) a montré que les jeunes qui ont un profil de jeu de hasard et d'argent problématique présentent aussi un indice de sévérité de la consommation de SPA plus élevé que les jeunes joueurs non problématiques ou les non-joueurs. Ces chercheurs ont aussi observé un score de sévérité plus élevé de consommation de SPA chez les joueurs Internet comparativement aux joueurs non-Internet.

Enfin, la consommation du tabac à l'adolescence est souvent associée à l'usage futur d'autres drogues (Santé Canada, 2002). Les adolescents qui fument sont trois fois plus susceptibles de consommer de l'alcool, huit fois plus susceptibles de consommer du cannabis et vingt-deux fois plus susceptibles de consommer de la cocaïne (Milton et collab., 2004).

Dans une étude sur l'impact de la recherche de sensations fortes des adolescents américains sur la consommation de différentes substances, Martins et collab. (2008a) ont noté que cette variable était plus fortement associée à l'usage d'ecstasy, comparativement à l'usage de cannabis ou d'alcool. Par contre, selon ces chercheurs, la consommation des pairs serait un facteur plus important que la recherche de sensations fortes, et ce, pour toutes les drogues.

Facteurs liés aux problèmes de santé mentale

Bien que Hawkins et collab. (1992) abordent peu la question des problèmes de santé mentale, la littérature montre clairement une comorbidité de problèmes psychiatriques chez les adolescents aux prises avec des problèmes d'abus de substances (Briones et collab., 2006). Au Québec, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale sont plus susceptibles de consommer des substances illicites (Kairouz et collab., 2008). La prévalence de la dépendance à l'alcool et autres drogues illicites est plus élevée parmi les personnes qui ont présenté au moins un trouble de l'humeur (dépression majeure ou manie) ou anxieux (trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie) au cours de leur vie. Ces données sont tirées de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et rapportées par Kairouz et collab. (2008). Cette enquête permet aussi de constater que l'usage du cannabis et d'autres substances illicites est plus répandu chez les personnes qui ont présenté au moins un des troubles psychiatriques à l'étude au cours de leur vie comparativement à celles qui n'ont souffert d'aucun trouble. Ces données touchent une population de québécois de 15 ans et plus et ne sont pas disponibles pour les jeunes seulement.

Chez les jeunes de 13 à 19 ans, Briones et Wilcox (2006) ont montré une association entre le trouble de déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH), le trouble d'opposition, d'anxiété, des conduites et les abus de substances. Dans une étude longitudinale réalisée

auprès d'enfants Taiwanais, Gau et collab. (2007) ont aussi identifié qu'en plus de facteurs psychosociaux, l'usage de drogues était lié à des désordres psychiatriques, soit les troubles d'opposition, les troubles des conduites et le TDAH. Selon certains auteurs, les troubles des conduites précèdent souvent l'initiation à la consommation et peuvent amener à la dépendance à l'alcool chez les adolescents. Ils sont significativement associés à l'abus de cannabis chez les plus jeunes et à la consommation d'autres drogues illicites à l'adolescence plus tardive (Briones et collab., 2006). De l'avis de Laventure et collab. (2006), les jeunes qui présentent des troubles des conduites (conduites persistantes d'agression, de destruction, de fraudes, de vols ou de violation des règles) consomment plus fréquemment de l'alcool, du cannabis et d'autres drogues que les autres jeunes.

Des chercheurs brésiliens ont établi un lien entre le TDAH et la consommation de substances illicites, même après avoir contrôlé pour des variables confondantes telles que les troubles des conduites, l'ethnicité, la religion et le quotient intellectuel (Szobot et collab., 2007). Récemment, Elkins et collab. (2007) ont aussi montré que le TDAH était associé à l'initiation à plusieurs substances, de l'abus de cannabis ainsi que de la dépendance à la nicotine et au cannabis. Cependant, l'association du TDAH isolé avec les abus de substances demeure très controversée.

Selon Kalant (2004), les difficultés émotionnelles vécues par les adolescents peuvent amener une plus grande consommation de cannabis, mais chez les jeunes adultes, c'est plutôt l'usage fréquent de cannabis qui peut être associé à des problèmes de santé mentale (voir chapitre précédent). Globalement, ces auteurs précisent que la détresse et le risque suicidaire sont associés avec des abus de substances chez les jeunes.

3.2.2 Facteurs contextuels

Loi, normes et accessibilité

Plusieurs études ont démontré que la consommation d'alcool est associée à des facteurs de l'environnement social. L'âge légal pour se procurer de l'alcool, le prix ainsi que l'exposition à la publicité et au marketing de ce produit jouent un rôle dans la consommation d'alcool des jeunes. Il est en effet clairement démontré que lorsque l'âge légal requis pour se procurer de l'alcool est plus élevé, la fréquence de la consommation et les accidents de la route avec facultés affaiblies sont moins importants chez les jeunes (Babor et collab., 2003; Grube & Nygaard, 2005).

D'après la revue systématique de Meier et collab. (2008), les jeunes sont particulièrement sensibles aux variations de prix. Des prix plus élevés de la bière diminuent le nombre de jeunes qui en consomment, la fréquence de la consommation ainsi que la consommation excessive chez ceux qui n'ont pas l'âge légal. Une étude suggère que les taxes sur l'alcool et un âge légal de consommation plus élevés sont associés à une plus faible incidence des infections transmissibles sexuellement chez les jeunes (Harrison & Kassler, 2000).

Le marketing de l'alcool se présente sous de multiples formes qui sont continuellement en évolution, par exemple, la publicité traditionnelle dans les médias, par la poste et dans les transports, la publicité et les commandites sur Internet, les commandites d'événements sportifs et culturels et la promotion directe dans les milieux de vente (Jernigan, 2009). La

publicité dans les médias et la présence d'alcool dans les films, les vidéos et à la télévision ont des effets sur l'initiation à la consommation et sur la quantité d'alcool consommée (Anderson et collab., 2009; Meier et collab., 2008; Smith & Foxcroft, 2009). Selon les études recensées par Babor et collab. (2003), les expositions multiples favorisent des attitudes positives face à la consommation d'alcool et normalisent la consommation importante d'alcool. Chez les étudiants des collèges, la consommation excessive est augmentée par la promotion de l'alcool par des escomptes au volume, des bons de réduction, des annonces de prix spéciaux et la remise d'objets de promotion, sur les campus et dans l'environnement qui les entourent (Kuo et collab., 2003).

Dans leur étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 2446 jeunes âgés entre 14 et 24 ans, vonSydow et collab. (2002) ont identifié que l'accessibilité de la drogue était une variable parmi d'autres qui permettait de prédire l'usage occasionnel du cannabis. Probablement de par la nature illicite de la consommation de drogues, peu d'informations sont disponibles concernant les liens entre l'accessibilité et l'usage.

Situation économique

En ce qui a trait à la situation économique, une récente méta-analyse sur les liens entre le statut socio-économique de jeunes de 10 à 15 ans et la consommation d'alcool et de cannabis a montré que la prévalence de la consommation de ces substances est plus élevée de 22 % chez les jeunes de faible statut socio-économique, comparativement aux jeunes de statut plus élevé (Lemstra et collab., 2008). Par contre, dans l'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, la consommation d'alcool et de drogues est plus fréquente chez les jeunes qui ont un emploi ou une allocation hebdomadaire plus élevée. Par exemple, la proportion des élèves qui ont consommé de la drogue au cours d'une période de douze mois est plus élevée chez les élèves qui ont un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (33 % vs 23 %). Aussi, la proportion d'élèves qui ont consommé de la drogue s'accroît de manière significative à mesure que l'allocation augmente, passant de 15 % chez les élèves dont l'allocation est la plus faible (10 \$ ou moins) à 47 % chez ceux qui bénéficient d'une allocation égale ou supérieure à 51 \$ par semaine (Cazale et collab., 2009).

3.3 FACTEURS DE PROTECTION

Les facteurs de protection agissent en contrepartie des facteurs de risque et aident les jeunes à surmonter les effets négatifs de ces derniers. Des facteurs liés à l'engagement communautaire, scolaire, familial et à certaines caractéristiques individuelles telles que : la religiosité, avoir un tempérament résilient, avoir des croyances en une norme morale et être sociable ont été identifiés (Arthur et collab., 2002).

Le soutien parental, l'implication du père dans l'éducation, les activités sociales et religieuses, les compétences individuelles et le sentiment d'appartenance à l'école aideraient les jeunes à contrer les effets des facteurs de risque (Ostaszewski & Zimmerman, 2006).

3.4 PRÉDICTION DE L'USAGE DE SPA CHEZ LES JEUNES

Plusieurs théories sont utilisées pour tenter d'expliquer l'initiation, l'usage ou l'abus de différentes substances psychoactives chez les jeunes. Petraitis et collab. (1995) en ont fait une synthèse en les regroupant en quatre catégories : 1) les théories cognitives affectives qui expliquent le processus de prises de décision; 2) les théories d'apprentissage social qui mettent l'accent sur les rôles sociaux; 3) les théories de l'attachement social et de l'engagement aux conventions; 4) les théories qui font appel aux traits de personnalité et aux stades de développement affectif des jeunes. Ces auteurs sont d'avis que bien que ces théories soient importantes, elles demeurent incomplètes si elles ne tentent pas d'amalgamer les influences sociales et interpersonnelles, les influences culturelles et attitudinales et les influences intra personnelles.

Comme pour d'autres comportements liés à la santé, l'initiation, l'usage et l'abus de différentes substances sont des phénomènes qui ont été étudiés à partir de théories qui tentent de prédire l'adoption d'un comportement lié à la santé (ex. : modèle des croyances relatives à la santé, théorie du comportement planifié, théorie sociale-cognitive, etc.). Plusieurs auteurs ont utilisé ces théories ou certaines de leurs variables pour tenter de prédire l'adoption de différents comportements de consommation. La figure 1 illustre les variables théoriques rapportées dans la littérature comme pouvant être associées à l'adoption d'un comportement de consommation chez les jeunes. La grande majorité des études de prédiction dans le domaine des SPA se sont intéressées aux comportements de consommation comme : le fait de boire de façon excessive ou de consommer du cannabis ou autres drogues. À notre connaissance, une seule étude a tenté d'expliquer un comportement souhaité en matière de consommation soit : l'adhésion aux recommandations émises par les autorités de santé du Royaume-Uni concernant la consommation d'alcool à faible risque (Murgraff et collab., 2001). Cette étude ne s'adressait pas particulièrement aux jeunes, mais à une population de femmes étudiantes d'âge moyen de 28,3 ans.

La théorie du comportement planifié (TCP) de Ajzen (1985) est celle la plus souvent utilisée dans les études de prédiction de comportements de consommation qui ont été recensées. Selon cette théorie, le déterminant immédiat d'un comportement est l'intention de poser ou non une action donnée et trois concepts fondamentaux influencent l'intention : il s'agit de l'attitude, de la perception du contrôle comportemental et de la norme sociale subjective. Chacun de ces trois principaux déterminants de l'intention est supporté par une structure de croyances qui lui est propre (attitudes : croyances comportementales; norme sociale subjective : croyances normatives; perception du contrôle comportemental : croyances de contrôle). Dans une étude réalisée auprès de 435 jeunes Américains ayant en moyenne 15,2 ans, Zhao et collab. (2006) rapportent que l'attitude, la norme sociale subjective et la perception du contrôle comportemental sont toutes trois déterminantes de l'intention des jeunes de consommer du cannabis régulièrement (au moins une fois par mois).

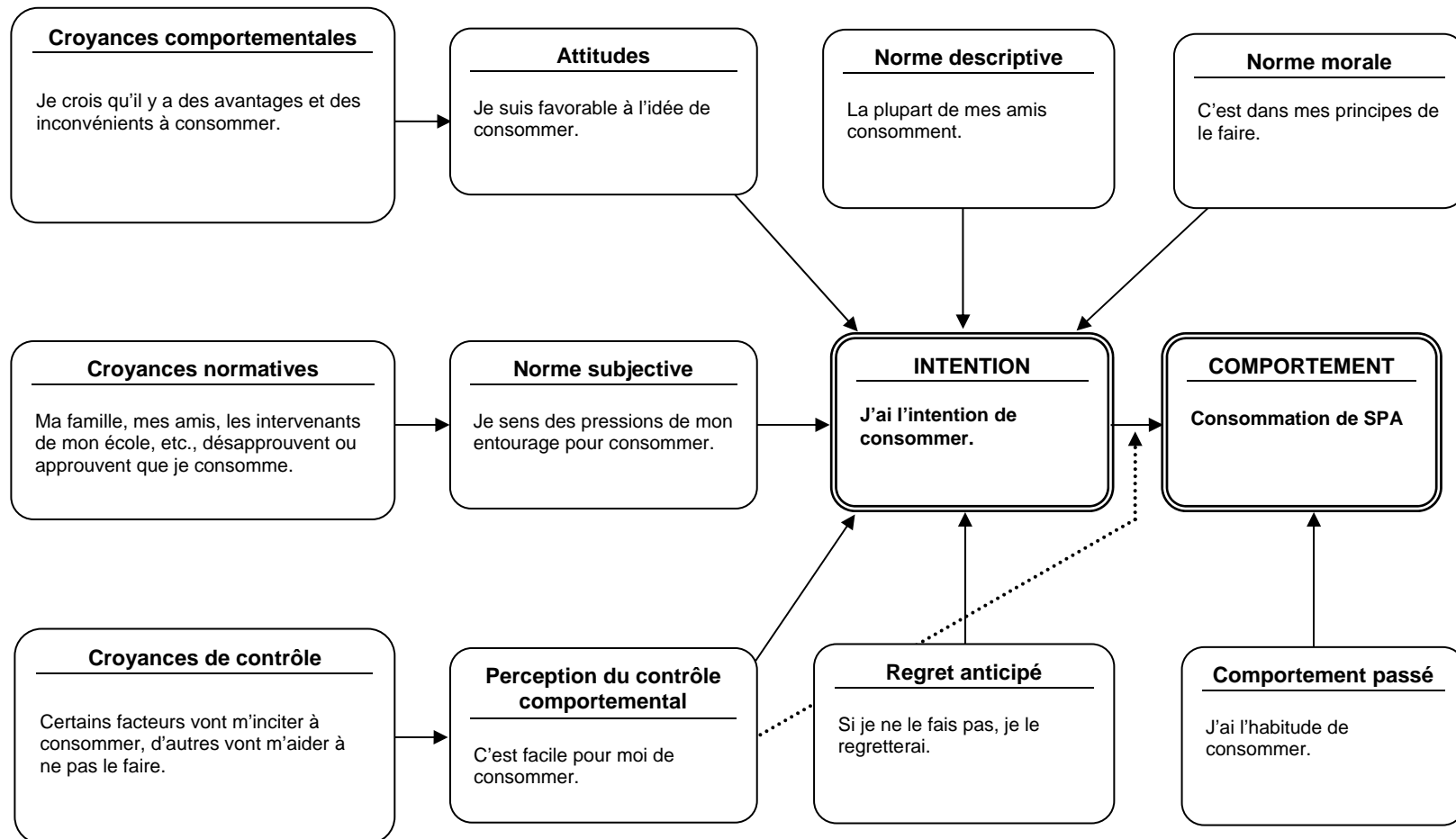


Figure 1 Variables théoriques explicatives de la consommation de SPA chez les jeunes

Chez les jeunes, il existe une composante non intentionnelle dans la décision d'adopter ou non un comportement (Gibbons et collab., 1998). Ces auteurs soutiennent que les comportements des jeunes sont souvent liés à des événements sociaux et une image sociale est habituellement associée à ces comportements. Quand un jeune considère la possibilité d'adopter un comportement, l'image sociale liée à ce dernier a un impact significatif sur sa décision. En d'autres termes, plus l'image sociale de quelqu'un qui consomme est positive plus le jeune sera disposé à consommer.

3.4.1 Attitude et croyances comportementales

Une attitude désigne l'évaluation plus ou moins favorable de l'adoption d'un comportement. Elle est formée des croyances comportementales qui sont le reflet des avantages et inconvénients perçus par rapport à l'adoption du comportement. Par exemple, un jeune peut croire que réduire sa consommation d'alcool ou prendre des amphétamines lui permettrait de perdre du poids et cette croyance peut s'avérer importante dans la construction de son attitude par rapport à sa consommation.

Burden et Maisto (2000) ont fait ressortir l'importance de l'attitude dans l'explication de la variance de l'usage d'alcool chez des jeunes collégiens. Les résultats de leur étude indiquent qu'après avoir contrôlé pour certaines variables sociodémographiques et de normes sociales, la seule variable explicative de l'usage d'alcool était l'attitude envers ce comportement.

Wall et collab. (1998) ont questionné 316 jeunes étudiants de première année universitaire (moyenne d'âge de 19,9 ans) concernant leur intention de boire de l'alcool à l'excès. Ils ont identifié des différences de genre dans les variables explicatives du comportement. Croire que la consommation d'alcool permet une augmentation des fonctions sexuelles pour l'homme et une amélioration de la capacité de socialiser pour la femme augmente la prédiction de l'usage excessif d'alcool.

Aussi, des chercheurs ont identifié 21 croyances liées à l'intention de jeunes d'utiliser régulièrement du cannabis (Cappella et collab., 2001). La crainte de perdre le respect des amis, la volonté d'adhérer à un groupe, se sentir fatigué, se sentir cool, inquiéter ses parents, avoir des difficultés scolaires sont différentes croyances, positives et négatives, qui peuvent être liées à l'attitude des jeunes par rapport à l'utilisation régulière du cannabis.

3.4.2 Perception du contrôle et croyances de contrôle

La perception du contrôle comportemental est définie comme la perception du degré de facilité ou de difficulté avec lequel un comportement peut être adopté. Cette composante vise à prévoir des situations où le comportement n'est pas entièrement sous le contrôle des individus, ce qui peut être le cas pour l'usage de SPA chez les jeunes. Les croyances de contrôle font état des conditions pouvant nuire ou favoriser l'adoption du comportement. Par exemple, un jeune peut évaluer que la majorité du temps, il consomme de l'alcool avec d'autres personnes, dans une situation de *party* et que cela rend plus difficile sa capacité de limiter sa consommation.

Norman et collab. (1998) ont utilisé la TCP pour tenter d'expliquer la fréquence de consommation excessive d'alcool chez des étudiants universitaires non gradués de 18 à 27 ans. Ces auteurs font ressortir des différences de genre au niveau des croyances des jeunes par rapport à la consommation excessive. Les jeunes hommes ont une attitude plus favorable envers ce comportement, ils perçoivent plus de pression sociale que les filles à consommer à l'excès, ils ont peu d'inhibition envers ce comportement et perçoivent plus de facteurs facilitant son adoption. D'ailleurs, en contrôlant pour le sexe, l'analyse de régression a montré que la perception du contrôle et les croyances positives de contrôle étaient les principaux déterminants de la fréquence de la consommation excessive d'alcool dans cette population.

O'Callaghan et Hannon (2003) ont étudié l'intention de jeunes australiens âgés entre 15 et 20 ans de consommer du cannabis. Ils concluent que l'attitude et la perception du contrôle sont les principaux déterminants. Les croyances aux bénéfices et aux coûts ainsi que l'accessibilité au cannabis joueraient aussi un rôle important dans l'intention des jeunes d'en faire usage.

3.4.3 Norme sociale, croyances normatives et norme descriptive

La norme sociale subjective correspond à la perception de l'individu quant à la pression des personnes ou groupes de personnes importantes face à l'adoption du comportement. Les croyances normatives font référence à la perception du degré d'approbation, par certains individus ou groupes spécifiques de personnes, concernant l'adoption d'un comportement. Par exemple, un jeune pourrait croire que ses parents approuveraient qu'il s'abstienne de consommer du cannabis, ce qui peut être intéressant dans la mesure où il aurait tendance à agir selon les attentes de ses parents. La norme descriptive fait référence à la prévalence perçue de la consommation dans son entourage.

Des auteurs ont montré l'importance de distinguer les croyances normatives de la norme descriptive. L'approbation des amis proches (croyances normatives) et le fait de croire que plusieurs d'entre eux consomment (norme descriptive) sont deux croyances indépendamment associées à la consommation d'alcool chez des collégiens (Lee et collab., 2007). Ces auteurs ont aussi révélé que la relation entre la norme descriptive perçue et la consommation personnelle est plus forte chez les jeunes qui perçoivent aussi l'approbation des pairs, mais seulement chez les étudiants qui consomment pour des motifs sociaux tels que pour se sentir plus sociables et pour que les rencontres sociales soient plus amusantes.

Scott Olds et collab. (2005) ont aussi montré que l'approbation de certaines personnes importantes (croyances normatives) est un déterminant important de l'intention de jeunes américains de commencer à consommer de l'alcool et du cannabis. Dans leur étude réalisée auprès de plus de 6 000 jeunes de la septième à la douzième année, ces auteurs ont mesuré les croyances normatives et la norme descriptive. Cette étude a montré que le fait de croire que nos amis proches et nos frères et sœurs approuveraient qu'on commence à consommer et le fait de croire que plusieurs personnes de notre entourage consomment ces substances sont des facteurs associés à une intention plus élevée de commencer à consommer. Cette étude a montré aussi que l'approbation des parents, des enseignants, des représentants de l'Église, des autres jeunes du même âge et des adultes de la

communauté ne semble pas avoir de poids significatif dans la formation de l'intention des jeunes de commencer à consommer.

Dans une étude longitudinale, réalisée auprès de 2 228 adolescents américains de la 7^e à la 9^e année, Epstein et collab. (2008) ont identifié que la consommation d'alcool à l'intérieur de la famille ainsi que la perception de normes liées à la consommation affectent la perception des jeunes quant aux bénéfices liés à la consommation d'alcool. Ces auteurs rappellent aussi que les jeunes qui surestiment la prévalence d'usage d'alcool et d'autres substances dans leur entourage sont plus à risque de s'engager dans ce comportement. Plus précisément, plus les parents consomment et plus les jeunes croient que leurs pairs consomment, plus ils perçoivent de conséquences positives liées à la consommation (permet d'avoir plus d'amis, permet de relaxer, etc.). Aussi, la perception de conséquences positives est directement liée à la prévalence de la consommation chez les jeunes. Les facteurs sociaux influenceraient donc la consommation d'alcool par le biais de ses influences sur la perception des conséquences positives liées à ce comportement.

Neighbors et collab. (2008) ont identifié que parmi les influences sociales possibles, la perception de l'usage de cannabis chez les amis (norme descriptive) est une variable plus importante que le sentiment d'approbation d'autrui chez des jeunes étudiants (n = 312). D'Amico et McCarthy (2006) ont aussi montré que la perception de l'usage d'alcool chez les pairs était associée à l'initiation à l'alcool et que la perception de l'usage d'alcool et de cannabis des pairs était associée à l'initiation au cannabis chez des jeunes américains âgés entre 10 et 15 ans.

Martins et collab. (2008b) ont identifié l'importance de l'approbation d'amis proches comme facteur associé à l'usage de cannabis et d'ecstasy chez les jeunes américains. Selon eux, cette variable serait plus importante que la perception du risque liée à l'usage de ces substances. Enfin, Crano et collab. (2008) ont identifié une relation entre la surestimation du comportement chez les pairs et l'intention dans une étude portant sur l'usage d'inhalant chez de très jeunes adolescents.

Chabrol et collab. (2008) ont pour leur part montré que le nombre de camarades consommateurs, le fait que le père consommait ou avait déjà consommé et les attentes positives ou les croyances à des avantages de prendre du cannabis étaient des facteurs associés à l'usage de cette drogue dans une population de jeunes en France, d'âge moyen de 15,4 ans.

3.4.4 Regret anticipé, norme morale et comportement passé

Certains auteurs ont aussi fait valoir l'influence d'autres variables telles que l'anticipation de regret, la norme morale et le comportement passé dans l'explication des comportements de consommation (Rivis & Sheeran, 2003; Sheeran & Orbell, 1999).

Le regret anticipé réfère aux croyances de l'individu concernant le niveau de regret de tension ou de préoccupation qu'il ressentirait s'il n'adoptait pas le comportement visé. La norme morale mesure le sentiment d'obligation personnelle quant à l'adoption du comportement. Ce facteur se réfère aux règles de conduite personnelle. La personne évalue

donc jusqu'à quel point le comportement est en accord ou non avec ses principes. Le comportement passé ou l'habitude fait référence au degré d'automatisme qui peut résulter de la réalisation répétée du comportement.

Cooke et collab. (2007) ont ajouté les mesures d'anticipation de regret et du comportement passé à la TCP pour tenter d'expliquer la consommation excessive d'alcool de jeunes étudiants non gradués. Leurs analyses montrent que l'attitude et l'anticipation de regret sont les principaux déterminants de l'intention, alors que le comportement passé et l'intention prédisent le comportement.

Une étude prospective réalisée auprès d'un échantillon de 249 étudiants a montré que l'ajout de la norme descriptive, de la norme morale et du comportement passé aux variables de la TCP permettait d'améliorer la valeur prédictive de l'intention de consommer du cannabis (Conner & McMillan, 1999).

Une étude australienne a aussi mis en lien la norme morale et une perception positive des lois avec l'usage d'alcool et de cannabis (Amonini & Donovan, 2006). À partir d'un échantillon de 611 jeunes âgés entre 14 et 17 ans, ces auteurs ont montré que les jeunes qui considèrent l'usage de ces substances comme étant mauvais en toute circonstance sont moins susceptibles d'en consommer que ceux qui considèrent que ce comportement est correct dans certaines circonstances. De plus, ceux qui croient que les lois sur l'alcool et le cannabis sont justifiées sont aussi moins sujets à être des consommateurs.

McMillan et Conner (2003) ont étudié l'intention de consommer du LSD, des amphétamines, du cannabis et de l'ecstasy chez un échantillon d'étudiants à partir d'un modèle étendu de la TCP. Ils ont démontré que la norme descriptive ajoutait à la valeur prédictive du modèle pour l'intention de consommer toutes les drogues, alors que la norme morale ajoutait pour l'intention de consommer du cannabis seulement. Enfin, dans une méta-analyse des études portant sur l'identification des déterminants de l'usage récréatif d'ecstasy, Peters et collab. (2007) ont identifié l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et le regret anticipé comme étant des cibles importantes (déterminants potentiellement modifiables) expliquant l'intention d'utiliser cette drogue.

Norman et Conner (2006) ont à nouveau utilisé la TCP pour tenter d'expliquer la consommation excessive d'alcool chez les jeunes en y incluant le comportement passé comme variable prédictrice. Leurs analyses montrent l'importance de cette variable comme modérateur des relations entre l'attitude et l'intention et entre l'intention et le comportement. En d'autres termes, l'influence de l'attitude sur l'intention et de l'intention sur le comportement s'affaiblit avec l'augmentation de la fréquence d'épisodes de consommation excessive.

Enfin, au regard de l'usage d'ecstasy, Umeh et Patel (2004) ont identifié que le comportement passé (soit l'usage antérieur d'ecstasy) et une attitude favorable étaient associés à une intention plus forte d'utiliser cette substance chez 200 jeunes adultes universitaires du Royaume-Uni.

FAITS SAILLANTS DES CONSÉQUENCES DE L'USAGE

Différents problèmes de santé physique, mentale et des problèmes d'ordre psychosocial sont associés à la consommation de SPA chez les jeunes.

Santé physique :

- La consommation régulière d'alcool et autres drogues durant l'adolescence peut interférer sur le développement du cerveau et sur la capacité d'apprentissage des jeunes.
- La consommation d'alcool et autres drogues est liée à la présence des ITSS chez les jeunes.
- La conduite automobile et les SPA ne font pas bon ménage. Ce phénomène contribue à un important problème de santé publique que sont les traumatismes chez les jeunes.
- Bien que peu fréquente, la mortalité chez les jeunes de la rue associée à la consommation de drogue et chez les consommateurs de drogues de synthèse doit aussi retenir l'attention.

Santé mentale :

- L'usage de SPA peut :
 - déclencher des troubles mentaux chez un jeune prédisposé;
 - engendrer des troubles mentaux;
 - exacerber une maladie mentale;
 - imiter les symptômes de troubles mentaux;
 - masquer les symptômes de troubles mentaux.
- Un consommateur de cannabis sur dix est à risque de dépendance et cette proportion peut s'élever à 50 % chez ceux qui consomment quotidiennement.

Conséquences psychosociales :

- Les difficultés, l'échec et le décrochage scolaires sont associés à l'usage précoce ainsi qu'à l'usage régulier et prolongé de cannabis.
- Il existe un lien entre la consommation excessive et fréquente d'alcool et le crime violent.
- Contrairement à la croyance populaire, c'est l'alcool et non le GHB qui est la substance la plus souvent associée au contexte d'une agression sexuelle.

FAITS SAILLANTS DES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE

Les motifs rapportés par les jeunes, les facteurs de risque et de protection ainsi que les déterminants de la consommation de SPA chez les jeunes sont autant de cibles d'interventions pour tenter d'en prévenir l'initiation, l'usage et l'abus.

Motifs rapportés par les jeunes :

- Les jeunes boivent pour des raisons sociales, pour célébrer, pour se sentir moins timides, pour oublier leurs problèmes et se sentir bien.
- Ils disent consommer des drogues simplement pour essayer, par curiosité, pour relaxer, pour passer le temps, parce que la famille ou les amis consomment, pour diminuer le stress et la douleur.
- Ils consomment des drogues de synthèse simplement pour en faire l'expérience, pour avoir du plaisir avec leurs amis, pour leurs propriétés stimulantes.

Facteurs de risque :

- Parmi les facteurs de risque permettant d'expliquer la consommation des jeunes, on retrouve :
 - les facteurs liés à l'individu et son environnement (la famille, l'école, la présence d'autres comportements problématiques, les problèmes de santé mentale);
 - les facteurs contextuels (lois, normes et accessibilité, situation économique).
- À la jeune adolescence, les problèmes familiaux sont centraux alors que plus vieux, c'est le manque d'appartenance à l'école et l'influence des pairs qui prennent place comme principaux facteurs de risque.
- Chez les jeunes adultes, ce sont les problèmes émotionnels et de comportements qui sont le plus fortement associés à une consommation problématique.

Variables de prédiction :

- L'attitude et les croyances dans les avantages liés à la consommation ont été associées à l'intention de faire usage d'alcool et de faire usage régulier de cannabis.
- L'attitude et l'anticipation de regret sont associées à l'intention de consommer de l'alcool de façon excessive.
- La perception du contrôle et les croyances sous-jacentes sont aussi associées à l'intention de consommer de l'alcool de façon excessive et de consommer du cannabis.
- La norme sociale subjective, les croyances normatives et surtout la norme descriptive sont associées à l'intention de commencer à consommer de l'alcool et du cannabis.
- La norme descriptive est aussi importante pour expliquer l'intention des jeunes de consommer du LSD, des amphétamines et de l'ecstasy.

CONCLUSION

Ce document a voulu faire état des conséquences possibles de la consommation de SPA sur la santé physique, mentale et psychosociale des jeunes. Il a aussi permis de revoir les différents facteurs individuels et environnementaux pouvant être associés à l'initiation, l'usage et l'abus de ces différentes substances.

Ce deuxième volet de l'état de situation, ajouté au premier qui présentait le portrait épidémiologique de la consommation chez les jeunes, est suffisant pour statuer que ce phénomène constitue un problème de santé publique. Il confirme à nouveau qu'il est important d'agir particulièrement pour prévenir la consommation régulière et excessive d'alcool et de cannabis ainsi que l'usage d'autres drogues illicites.

Le prochain et dernier volet de cet état de situation explorera différentes avenues d'interventions et fera état des meilleures pratiques en matière de prévention.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Demers, A., & Gliksman, L. (2005). *Enquête sur les campus canadiens 2004*. Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Adlaf, E. M. & Paglia-Boak, A. (2005). *Drug use among Ontario students: Detailed OSDUS findings*. Ontario: Centre for addiction and mental health.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J.Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. Heidelberg: Springer.
- Amonini, C. & Donovan, R. J. (2006). The relationship between youth's moral and legal perceptions of alcohol, tobacco and marijuana and use of these substances. *Health Education Research*, 21, 276-286.
- Amos, A., Wiltshire, S. *et al.* (2006). Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research Advance Access Published*, 21, 181-191.
- Anderson, P., de Brujin, A. *et al.* (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*, 44, 229-243.
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D. *et al.* (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. *Evaluation Review*, 26, 575-601.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. *et al.* (2003). *Alcohol: nor ordinary commodity - Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Beirness, D. J. & Beasley, E. E. (2009). *Alcool et drogues chez les conducteurs: une enquête routière menée en 2008 en Colombie-Britannique*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Berk, L. E. (1989). *Child development*. (7th ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Boivin, J.-F., Roy, E. *et al.* (2005). The health of street youth. *Canadian journal of public health*, 96, 432-437.
- Briones, D. F., Wilcox, D. O. *et al.* (2006). Risk factors and prevention in adolescent substance abuse : A biopsychosocial approach. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 335-352.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité: une relation complexe. 2ième édition*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brook, J. S., Balka, E. B., & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. *American Journal of Public Health*, 89, 1549-1554.

- Brown, S. A., McGue, M. *et al.* (2008). A Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics*, 121, S290-S310.
- Brunelle, N., Brochu, S., & Cousineau, M.-M. (2005a). Le point sur les trajectoires d'usage de drogues et de délinquance juvénile : des jeunes se racontent. In L. Guyon, S. Brochu, & M. Landry (Eds.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances* (Collection Toxicomanies ed., pp. 279-325). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M., & Brochu, S. (2005b). Juvenile drug use and delinquency: Youths' accounts of their trajectories. *Substance Use & Misuse*, 40, 721-734.
- Brunelle, N., Leclerc, D. *et al.* (2009). *Trajectoires d'adolescents joueurs adeptes du jeu par Internet en lien avec la consommation de substances psychoactives et la délinquance*. Rapport final remis au FQRSC.
- Brunelle, N., Plourde, C. *et al.* (2008). *Consommation de substances psychoactives chez les jeunes et leurs familles au Nunavik: points de vue des Nunavimmiuts*. Rapport synthèse no 2 présenté à l'Institut de recherche en santé du Canada et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.
- Bryant, A. L., Schulenberg, J. E. *et al.* (2003). How academic achievement, attitudes, and behaviors relate to the course of substance use during adolescence: A 6-year, multiwave national longitudinal study. *Journal of research on adolescence*, 13, 361-397.
- Burden, J. L. & Maisto, S. A. (2000). Expectancies, evaluations and attitudes: Prediction of college student drinking behavior. *Journal of studies on alcohol*, 61, 323-331.
- Cappella, J. M., Fishbein, M. *et al.* (2001). Using Theory to select messages in antidrug media campaigns. In R.E.Rice & C. K. Atkin (Eds.), *Public communication campaigns. Third edition*. (pp. 214-230). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Cazale, L., Fournier, C., & Dubé, G. (2009). Consommation d'alcool et de drogues. In *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (pp. 91-147). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Chabrol, H., Mabila, J. D. *et al.* (2008). Contribution des influences parentales et sociales à la consommation de cannabis chez des adolescents scolarisés. *L'Encéphale*, 34, 8-16.
- Champion, H. L. O., Foley, K. L. *et al.* (2004). Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 35, 321-328.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence. 2^{ième} édition*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Conner, M. & McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British journal of social psychology*, 38, 195-222.

- Cooke, R., Sniehotta, F., & Schüz, B. (2007). Predicting binge-drinking behaviour using an extended TPB: examining the impact of anticipated regret and descriptive norms. *Alcohol & Alcoholism, 42*, 84-91.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol Use and Risky Sexual Behavior among College Students and Youth: Evaluating the Evidence. *Journal of studies on alcohol, Supp 14*, 101-117.
- Crano, W. D., Gilbert, C. et al. (2008). Enhancing prediction of inhalant abuse risk in samples of early adolescents: A secondary analysis. *Addictive behaviors, 33*, 895--905.
- Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry of Behavior, 86*, 189-199.
- 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.
- Dingle, G. A. & Oei, T. P. S. (1997). Is alcohol a cofactor of HIV and AIDS? Evidence from immunological and behavioral studies. *Psychological bulletin, 122*, 56-71.
- DSM-IV-TR (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- Du Mont, J. & Macdonald, S. (2009). Factors associated with suspected drug - facilitated sexual assault. *Canadian Medical Association Journal, 180*, 513-519.
- Dubé, G., Tremblay, R. et al. (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Elkashef, A., Vocci, F. et al. (2008). Marijuana neurobiology and treatment. *Substance abuse, 29*, 17-29.
- Elkins, I. J., McGue, M., & Iacono, W. G. (2007). Prospective Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Sex on Adolescent Substance Use and Abuse. *Archives of general psychiatry, 64*, 1145-1152.
- Émond, S. & Tremblay, S. (2007). *Conduite automobile sous l'influence du cannabis. Cahier de l'intervenant. 2^e édition*. Longueuil : Association des intervenants en toxicomanies du Québec.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2008). A social influence model of alcohol use for inner-city adolescents: family drinking, perceived drinking norms, and perceived social benefits of drinking. *Journal of studies on alcohol and drugs, 69*.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crises*. New York: Norton compagny.
- Ernst, M., Luckenbaugh, D. A. et al. (2006). Behavioral predictors of substance-use initiation in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics, 117*, 2030-2039.

- Fallu, J.-S., Brière, F. N. *et al.* (2008). *Consommation d'amphétamines chez les adolescents et les adolescentes: étude des facteurs associés avec centration sur les différences entre les sexes. État de la situation, recension des écrits et résultats de groupes-sonde.*
- Fallu, J.-S., Rehm, J., & Zahringer, S. (2004). *Recension des écrits sur les drogues de synthèse en Europe avec un regard de plus près en Suisse et ses pays voisins: pharmacologie, prévalence, profils, facteurs de risque, méfaits et prévention.* Insitut de recherche sur les addictions. Office Fédéral de la santé publique.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006a). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction, 101*, 556-569.
- Fergusson, D. M., Poulton, R. *et al.* (2006b). Cannabis and psychosis. *British Medical Journal, 332*, 172-175.
- Flight, J. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens: consommation d'alcool et de drogues par les jeunes.* Ottawa Santé Canada et Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies.
- Foley, J. D. (2006). Adolescent use and misuse of marijuana. *Adolescent Medicine Clinics, 17*, 319-334.
- Freese, T. E., Miotto, K., & Reback, C. J. (2002). The effects and consequences of selected club drugs. *Journal of substance abuse treatment, 23*, 151-156.
- Gagnon, H. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Portrait épidémiologique.* Québec Institut national de santé publique du Québec.
- Gau, S. F., Chong, M.-Y. *et al.* (2007). Psychiatric and psychosocial predictors of substance use disorders among adolescent. *British journal of psychiatry, 190*, 42-48.
- Gibbons, F. X., Gerrard, M. *et al.* (1998). Reasoned action and social reaction: Willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of personality and social psychology, 74*, 1164-1180.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J. *et al.* (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience, 2*, 861-863.
- Gowing, L. R., Henry-Edwards, S. M. *et al.* (2002). The health effects of ecstasy: a literature review. *Drug and Alcohol Review, 21*, 53-63.
- Grube, N. E. & Nygaard, P. (2005). Alcohol Policy and Youth Drinking : Overview of Effective Interventions for Young People. In T.Stockwell, P. J. Gruenewald, J. W. L. W. Toumbourou, & W. Loxley (Eds.), *Preventing Harmful Substance Use-The evidence base for policy and practice* (pp. 119-120).
- Haley, N., Roy, É. *et al.* (2002). Risk behaviours and prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae genital infection among Montreal street youth. *International Journal of STD & AIDS, 13*, 238-245.

- Hall, W. & Degenhardt, L. (2007). Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 393-397.
- Hall, W. D. (2006). Cannabis use and the mental health of young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 105-113.
- Harrison, P. & Kassler, WJ. (2000). Alcohol Policy and Sexually Transmitted Disease Rates- United States. *Morb Mortal Wkly Rep*, 49, 6-12.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol. Bull*, 112, 64-105.
- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M. *et al.* (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: A large prospective study. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 46, 408-417.
- Jernigan, D. H. (2009). The Global Industry: an Overview. *Addiction*, 104, 6-12.
- Kairouz, S. & Adlaf, E. M. (2003). Schools, students and heavy drinking: A multilevel analysis. *Addiction Research and Theory*, 11, 427-439.
- Kairouz, S., Boyer, R. *et al.* (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kairouz, S., Gliksman, L. *et al.* (2002). For all these reasons, I do...drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *Journal of studies on alcohol*, 63, 600-608.
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 28, 849-863.
- Kilmer, J. R., Hunt, S. B. *et al.* (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: Is perceived risk congruent with reality? *Addict Behav*, 32, 3026-3033.
- Kodjo, C. M., Auinger, P., & Ryan, S. A. (2004). Prevalence of, and factors associated with adolescent physical fighting while under the influence of alcohol or drugs. *Journal of Adolescent Health*, 35, 346e11-346e16.
- Kuo, MC., Wechsler, H. *et al.* (2003). The marketing of alcohol to college students - The role of low prices and special promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 204-211.
- Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2006). Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites. *Criminologie*, 39, 165-188.
- Lee, C. M., Markman Geisner, I. *et al.* (2007). Social motives and the interaction between descriptive and injunctive norms in college student drinking. *J Stud Alcohol Drugs*, 68, 714-721.

- Lemstra, M., Bennett, N. R. *et al.* (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Canadian journal of public health, 99*, 172-177.
- Léonard, L. & Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes: Pharmacologie et toxicomanie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leshner, A. I. (2003). Understanding drug addiction : Insights from the research. *American society of addiction medicine, 47-56*.
- Lloyd, B., Lucas, K., & Fernbach, M. (1997). Adolescent girl's constructions of smoking identities : Implications for health promotion. *Journal of adolescence, 20*, 43-56.
- Martins, S. S., Storr, C. L. *et al.* (2008a). Adolescent ecstasy and other drug use in the National Survey of Parents and Youth: the role of sensation-seeking, parental monitoring and peer's drug use. *Addictive behaviors, 33*, 919-933.
- Martins, S. S., Storr, C. L. *et al.* (2008b). Do adolescent ecstasy users have different attitudes towards drugs when compared to marijuana users? *Drug and Alcohol Dependence, 94*, 63-72.
- McMillan, B. & Conner, M. (2003). Applying an extended version of the theory of planned behavior to illicit drug use among students. *Journal of Applied Social Psychology, 33*.
- Meier, P., Brennan, A., O'Reilly, D., Purshouse, R., & Taylor, K. (2008). *Alcohol pricing and promotion effects on consumption and harm Project Report for the Department of Health*. Sheffield: SchARR.
- Milton, M. H., Maule, C. O. *et al.* (2004). *La cessation tabagique chez les jeunes: un guide pour prendre des décisions éclairées*. Atlanta U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Murgraff, V., McDermott, M. R., & Walsh, J. (2001). Exploring attitude and belief correlates of adhering to the new guidelines for low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behavior. *Alcohol & Alcoholism, 36*, 135-140.
- Neighbors, C., Geisner, I. M., & Lee, C. M. (2008). Perceived marijuana norms and social expectancies among entering college student marijuana users. *Psychology of addictive behaviors, 22*, 433-438.
- Norman, P., Bennett, P., & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behavior. *Health Education Research, 13*, 163-169.
- Norman, P. & Conner, M. (2006). The theory of planned behaviour and binge drinking: Assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behavior. *British journal of health psychology, 11*, 55-70.
- O'Callaghan, F. V. & Hannon, T. (2003). Normalization of marijuana use: Its effects on adolescents' intentions to use marijuana. *Substance Use & Misuse, 38*, 185-199.

- Olds, R. S., Thombs, D. L., & Tomasek, J. R. (2005). Relations between normative beliefs and initiation intentions toward cigarette, alcohol and marijuana. *Journal of Adolescent Health, 37*, 75e7-75e13.
- Ostaszewski, K. & Zimmerman, M. A. (2006). The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency. *American Journal of Community Psychology, 38*, 237-249.
- Otis, J., Girard, M.-E. *et al.* (2006). Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise: 1997-2003. *Drogues, santé et société, 5*, 161-197.
- Paglia-B., A. & Adlaf, E. (2007). La consommation de substances, les méfaits et les jeunes. In Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Ed.), *Toxicomanie au Canada: Pleins feux sur les jeunes* (pp. 4-13). Ottawa.
- Panda, N. (2006). Health effects of marijuana: A review. *Pacific public health 3, 13*, 123-129.
- Parks, K. A. & Kennedy, C. L. (2004). Club drugs: Reasons for and consequences of use. *Journal of psychoactive drugs, 36*, 295-302.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Perreault, M., Perreault, N. *et al.* (2009). Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes. *Criminologie, 42*, 91-114.
- Perreault, N., Bégin, H. *et al.* (2008). Consommation et agressions sexuelles: évaluation d'une intervention préventive en milieu collégial. *Drogues, santé et société, 7*, 161-189.
- Peters, G.-J. Y., Kok, G., & Abraham, C. (2007). Social cognitive determinants of ecstasy use to target in evidence-based interventions: a meta-analytical review. *Addiction, 103*, 109-118.
- Petratis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull, 117*, 67-86.
- Rehm, J., Baliunas, D. *et al.* (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Richer, I. & Bergeron, J. (2007). Relations entre l'usage de cannabis et la conduite automobile dangereuse. *Drogues, santé et société, 6*, 117-151.
- Richter, L. M. (2006). Studying Adolescence. *Sciences, 312*, 1902-1905.
- Rivara, F. P., Park, M. J., & Irwin, C. E. (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Morbidity and Mortality. In R.J.DiClemente, J. S. Santelli, & R. A. Crosby (Eds.), *Adolescent Health: Understanding and Preventing Risk Behaviors* (pp. 8-29). San-Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Rivis, A. & Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 22.
- Roy, E., Haley, N. *et al.* (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD & AIDS*, 11, 241-247.
- Roy, E., Haley, N. *et al.* (2004). Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *Journal of American Medical Association*, 292, 569-574.
- Roy, E., Haley, N. *et al.* (1999). Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal. *Canadian Medical Association Journal*, 161, 689-693.
- Santé Canada (2002). Enquête de 2002 sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), rapport technique. [On-line] Consulté mars 2008.
- Schulenberg, J. E. & Maggs, J. L. (2002). A Developmental Perspective on Alcohol Use and Heavy Drinking During Adolescence and the Transition to Young Adulthood. *Journal of studies on alcohol*, 14, 54-70.
- Schweinsburg, A. D., Brown, S. A., & Tapert, S. F. (2008). The influence of marijuana use on neurocognitive functioning in adolescents. *Current drug abuse reviews*, 1, 99-111.
- SCP (2003). Directives relatives aux soins des adolescents dans la pratique. Limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. *Pediatrics and Child Health*, 8, 578.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1999). Augmenting the theory of planned behavior : Roles for anticipated regret and descriptive norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 29.
- Smith, L. A. & Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9.
- Squeglia, L. M., Jacobus, J., & Tapert, S. F. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG Neurosciences*, 40, 31-38.
- Steinhausen, H.-C., Eschmann, S., & Metzke, C. W. (2007). Continuity, psychosocial correlates, and outcome of problematic substance use from adolescence to young adulthood in a community sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 1, 1-9.
- Szobot, C. M., Rohde, L. A. *et al.* (2007). Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. *Addiction*, 102, 1122-1130.
- Tildesley, E. A. & Andrews, J. A. (2008). The development of children's intentions to use alcohol: direct and indirect effects of parent alcohol use and parenting behaviors. *Psychology of addictive behaviors*, 22, 326-339.

- Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical child and family psychology, 10*, 295-317.
- Tremblay, J., Brunelle, N., & Blanchette-Martin, N. (2007). Portrait des activités délinquantes et de l'usage de substances psychoactives chez des jeunes consultant un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. *Criminologie, 40*, 79-104.
- Tupker, E. (2004). *Les jeunes, les drogues et la santé mentale: ressource pour les professionnels*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Umeh, K. & Patel, R. (2004). Theory of planned behaviour and ecstasy use: An analysis of moderator-interactions. *British journal of health psychology, 9*, 25-38.
- Vaugeois, P. (2004). *Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- von Sydow, K., Lieb, R. *et al.* (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 68*, 49-64.
- Wall, A.-M., Hinson, R. E., & McKee, S. A. (1998). Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *Journal of studies on alcohol, 59*, 409-419.
- Zapata, L. B., Hillis, S. D. *et al.* (2008). Methamphetamine use is independently associated with recent risky sexual behaviors and adolescent pregnancy. *Journal of School Health, 78*, 641-648.
- Zhao, X., Sayeed, S. *et al.* (2006). Targeting norm-related beliefs about marijuana use in an adolescent population. *Health communications, 19*, 187-196.
- Zoccolillo, M., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38*, 900-907.

