



Centre canadien sur
**les dépendances et
l'usage de substances**

Données. Engagement. Résultats.

ccsa.ca • ccdus.ca

Lignes directrices canadiennes pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques

Juillet 2026

Lignes directrices canadiennes pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Lignes directrices canadiennes pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2026.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026.

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
613-235-4048
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:
National Guidance to Support Youth Substance Use Health in Canadian Pediatric Hospitals

ISBN 978-1-77871-269-2



Table des matières

Reconnaissance	iv
Conflit d'intérêts	vii
Contexte et objectif	1
Résumé des recommandations	2
Dépistage et évaluation	2
Interventions possibles	2
Considérations importantes pour fournir des soins de qualité.....	5
Approches adaptées aux jeunes	5
Aller à la rencontre des jeunes	6
Approches de soins fondamentales et culturellement adaptées	6
Cheminement clinique pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques.....	13
Annexe A : outils de dépistage et d'évaluation clinique.....	14
Annexe B : interventions psychosociales	18
Bibliographie pour les annexes.....	26



Reconnaissance

Nous soulignons respectueusement que les terres sur lesquelles se trouvent les bureaux du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances font partie du territoire traditionnel non cédé du peuple anichinabé algonquin. La nation algonquine anichinabée habite ce territoire et en prend soin depuis des temps immémoriaux. Nous sommes reconnaissants de pouvoir être présents sur ce territoire. Nous souhaitons établir des partenariats respectueux avec tous les peuples autochtones pour faire mieux et paver la voie à une guérison collective et à une réconciliation véritable.

Les lignes directrices ont été élaborées en collaboration avec le Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. Nous remercions les membres du groupe de leur partenariat, expertise, dévouement et esprit collaboratif.

Présidente : Karen Leslie, M.D., M.Ed., FRCPC	Médecin membre du personnel, Division de la médecine des adolescents, Hôpital pour enfants de Toronto Professeure de pédiatrie, Université de Toronto
Brendan Morgan, M.D., FRCPC	Anesthésiologiste pédiatrique, Anesthésie et médecine de la douleur, Hôpital pour enfants de Toronto Chargé de cours, Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Université de Toronto
Camille Fournier, M.D., FRCPC	Pédiatre spécialisée en médecine des adolescents et professeure agrégée de clinique, Département de pédiatrie, Université de Sherbrooke
Christina Grant, M.D., FRCPC	Professeure de pédiatrie Division de la médecine des adolescents, Département de pédiatrie, Université McMaster
Dzung X. Vo, M.D., FAAP, FSAHM	Pédiatre spécialisé en médecine des adolescents et professeur agrégé de clinique, Division de la santé et de la médecine des adolescents, Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique
Elisabeth (Lisette) Yorke, M.Sc., M.D., FRCPC	Co-responsable, Division de la médecine des adolescents, Département de pédiatrie, Hôpital pour enfants, London Health Sciences Centre Responsable de la recherche et co-responsable clinique, Substance iNtervention for Adolescents Program, Hôpital pour enfants, London Health Sciences Centre Professeure adjointe, Département de pédiatrie, École Schulich de médecine et de dentisterie, Université Western
Erin Auld, M.D., FRCPC	Pédiatre spécialisée en médecine des adolescents, Hôpital pour enfants Stollery



	Chargée de cours clinique, Département de pédiatrie, Université de l'Alberta
Eva Moore, M.D., MSPH	Pédiatre spécialisée en médecine des adolescents et professeure agrégée de clinique, Division de la santé et la médecine des adolescents, Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique
James X. Wang, M.D., FRCPC	Pédiatre spécialisé en médecine des adolescents, Service de traitement à l'interne pour troubles alimentaires, Hôpital pour enfants de la C.-B. Spécialiste de la médecine des dépendances, Intervention en usage de substances et animation, Hôpital pour enfants de la C.-B. Professeur agrégé de clinique, Université de la Colombie-Britannique
Jen Mooney, M.D., FRCPC	Pédiatre spécialisée en médecine des adolescents, Hôpital pour enfants de l'Alberta Chargée de cours clinique, Département de pédiatrie, Université de Calgary
Laurie Horricks, M.N., I.P.(pédiatrie)	Infirmière praticienne, Liaison en consultation psychiatrique, Hôpital pour enfants McMaster Chargée de cours associée et enseignante clinique, Faculté de soins infirmiers Lawrence Bloomberg, Université de Toronto
Mariano Macias, M.D., M.Ed.	Médecin de l'adolescent, Hôpital pour enfants, London Health Sciences Centre Professeur adjoint, Département de pédiatrie, Université Western
Martha J. Ignaszewski, M.D., FRCPC, Dipl ABPN, Dipl ISAM, Dipl ABPM	Directrice médicale principale, Usage de substances et troubles concomitants, Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital pour enfants de la C.-B. Responsable clinique, Service de consultation et d'intervention en usage de substances, Hôpital pour enfants de la C.-B. Directrice médicale principale, Santé mentale et usage de substances, Hôpital pour femmes de la C.-B. Responsable de l'éducation et psychiatre consultante, Département de psychiatrie, Hôpital général de Vancouver Professeure adjointe d'enseignement clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique
Nicholas Chadi, MDCM, M.S.P., FRCPC, FAAP	Pédiatre et clinicien-chercheur spécialisé en toxicomanie et en médecine des adolescents, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine Professeur agrégé de clinique, Département de pédiatrie, Université de Montréal Chercheur-boursier clinicien Junior 2, Fonds de recherche du Québec – Santé



Richard Bélanger, M.D., FRCPC	Pédiatre et médecin de l'adolescent, Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec-Université Laval Professeur agrégé, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université Laval
Sarah Gander, M.D., FRCPC	Pédiatre Fondatrice et responsable clinique, NB Pédiatrie sociale Médecin-chef locale, Hôpital général de Saint John (zone 2) Professeure agrégée, Université Dalhousie
Selene Etches, M.D., FRCPC	Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, IWK Health Centre Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université Dalhousie
Shawn Kelly, M.D., FRCPC	Pédiatre, Médecine des dépendances, Département de psychiatrie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario Chargé de cours, Département de pédiatrie, Université d'Ottawa
Tatiana Sotindjo, M.D., FRCPC	Médecin membre du personnel, Division de la médecine des adolescents et des maladies infectieuses pédiatriques, Hôpital pour enfants de la C.-B., Université de la Colombie-Britannique
Tea Rosic, M.D., Ph.D., FRCPC	Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et responsable médical, Service en usage de substances et en troubles concomitants, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario Chaire de recherche junior en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Institut de recherche CHEO Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa
Trisha Tulloch, M.D., MS, FRCPC	Pédiatre membre du personnel, Division de la médecine des adolescents, Hôpital pour enfants de Toronto Médecin membre du personnel, Division des dépendances, Lab Intrepid/Clinique de la dépendance à la nicotine, Centre de toxicomanie et de santé mentale Professeure adjointe, Département de pédiatrie et Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto Présidente, Diplôme de domaine de compétence ciblée, Médecine des dépendances, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada



Membres de l'équipe du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)

Kim Corace, Ph.D., C.Psych.	Directrice scientifique et responsable de l'innovation, CCDUS
Christina Katan, M.S.P.	Courtière du savoir II, Qualité et responsabilisation, CCDUS
Sheena Taha, Ph.D.	Directrice associée, Qualité et responsabilisation, CCDUS

Afin que cette ressource corresponde à la réalité vécue et réponde aux besoins des jeunes et des proches aidants, nous avons organisé des groupes de discussion pour orienter, renforcer et valider son contenu. Nous remercions Shreya Sivaloganathan et Danielle McCann, coanimatrices des groupes de discussion, qui ont su créer un espace propice au partage d'expertises issues de l'expérience vécue. Nous avons également une profonde reconnaissance envers ceux et celles qui ont participé et généreusement raconté leurs expériences du système de santé concernant l'usage de substances. Leurs idées ont contribué à façonner les présentes lignes directrices.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.



Contexte et objectif

Les hôpitaux pédiatriques servent de points de connexion essentiels pour les jeunes présentant différents problèmes de santé¹. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes de développement cruciales où les habitudes de consommation de substances débutent souvent, et une intervention précoce peut influencer profondément les résultats cliniques à long terme^{2,3}. Chaque interaction avec les jeunes, peu importe le problème en question ou la durée de la rencontre, est une occasion d'offrir un soutien compatissant, empathique et dénué de jugement⁴.

Les présentes lignes directrices visent à aider les hôpitaux pédiatriques, les prestataires de services et les systèmes à offrir un soutien fondé sur des données probantes aux jeunes qui consomment des substances. Elles s'adressent aux groupes suivants :

- Les **prestataires de services**, pour renforcer leur capacité à cerner les besoins des jeunes en matière de santé liée à l'usage de substances (SLUS) et à y répondre, et promouvoir des pratiques cohérentes et fondées sur des données probantes;
- Les **dirigeants et les administrateurs du domaine clinique**, pour appuyer l'apprentissage organisationnel, l'allocation des ressources et les partenariats entre les hôpitaux et la communauté;
- Les **décideurs** ayant une influence sur les services de SLUS destinés aux jeunes, afin d'orienter l'élaboration des politiques, de soutenir les pratiques fondées sur des données probantes et d'harmoniser les ressources des différents systèmes.

L'objectif global est de bonifier la qualité, la cohérence et l'efficacité des soins pédiatriques en SLUS et, en fin de compte, d'améliorer les résultats pour les jeunes et leurs familles partout au Canada.

L'usage de substances chez les jeunes est répandu au Canada. En 2023-2024, 22 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir consommé de l'alcool, 15 %, avoir vapoté (de la nicotine ou un autre contenu inconnu), et 12 %, avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours⁵. L'usage de substances est associé à des méfaits tant aigus qu'à long terme. Par exemple, de 2019 à 2023, la toxicité des drogues non réglementées a été la principale cause de décès non naturels chez les jeunes en Colombie-Britannique⁶ et les hospitalisations attribuables à l'intoxication aiguë au cannabis chez les enfants âgés de 0 à 14 ans ont presque triplé entre 2019 et 2020⁷. Les effets néfastes liés à l'usage de substances peuvent également être chroniques et de grande ampleur, nuisant à de multiples aspects de la vie, dont la santé mentale (anxiété, dépression, psychose, troubles de la mémoire, etc.)^{8,9,10,11}. Comme le cerveau continue à se développer jusqu'au milieu de la vingtaine, un usage prolongé de substances peut altérer sa structure et son fonctionnement, ainsi que l'apprentissage, l'attention, la prise de décisions et la



mémoire^{12,13}. Ces nombreux méfaits aigus et chroniques démontrent l'importance d'une intervention précoce et rapide.

Résumé des recommandations

Dépistage et évaluation

1. Les jeunes de 10 ans et plus devraient faire l'objet d'un dépistage concernant la SLUS¹⁴ dans tous les milieux hospitaliers, quel que soit le motif principal de la visite¹⁵. Tous les jeunes devraient être sensibilisés aux méfaits associés à l'usage de substances le plus tôt possible¹⁶. Aux jeunes qui ne déclarent aucun usage de substances, on devrait fournir des conseils préventifs pour renforcer positivement des décisions saines et favoriser un dialogue ouvert sur la consommation, notamment les pratiques plus sécuritaires en cas d'usage¹⁷. Voir [l'annexe A](#) pour des outils de dépistage et d'évaluation clinique.
2. Tous les jeunes qui déclarent une consommation lors du dépistage devraient être sensibilisés à la SLUS et avoir l'occasion d'en discuter, qu'ils répondent ou non aux critères diagnostiques d'un trouble lié à l'usage de substances (TLUS)¹⁸.
3. Les mesures visant à soutenir la SLUS chez les jeunes devraient être élaborées en partenariat avec eux et selon leurs préférences, leurs besoins et leur niveau de risque relevé lors du dépistage ou de l'évaluation clinique^{19,20}. On doit mobiliser les familles comme des partenaires actifs des soins²¹, en tenant compte des obligations éthiques et légales qui assurent la confidentialité et la sécurité²².

Interventions possibles

Intervention rapide

4. L'entrevue motivationnelle et la psychoéducation sont à privilégier comme interventions rapides pour favoriser des changements comportementaux liés à l'usage de substances et offrir des stratégies concrètes pour réduire les méfaits. Note : L'intervention rapide ne remplace pas le traitement pour les jeunes vivant avec un TLUS²³.

Prise en charge du sevrage

5. Le sevrage peut survenir pour presque toutes les substances. Les jeunes peuvent recevoir des soins médicaux pour les soutenir pendant celui-ci. La prise en charge du sevrage devrait être offerte indépendamment de l'engagement à recevoir un traitement supplémentaire; cependant, elle peut ne pas suffire à elle seule pour réduire la consommation et les risques associés, tels que la rechute et la perte risquée de tolérance²⁴.
6. La gravité du sevrage devrait être évaluée, et un soutien médical fourni au besoin pour stabiliser la santé des jeunes²⁵. Voir la section sur la pharmacothérapie plus



loin pour connaître les médicaments couramment utilisés pour la prise en charge du sevrage et le traitement du TLUS, qui devraient être inclus dans toutes les listes de couverture des hôpitaux.

Réduction des méfaits

7. On devrait recourir à des approches de réduction des méfaits adaptées au stade de développement pour les jeunes qui consomment des substances, en parallèle de la sensibilisation et de la discussion sur la fréquence et les risques²⁶. Des stratégies pratiques de réduction des méfaits peuvent être proposées en fonction de l'âge, des objectifs et des circonstances de chaque jeune²⁷. Parmi ces stratégies, notons les trousse de naloxone, les services de dépistage de drogue, la sensibilisation au caractère imprévisible des drogues disponibles et aux dangers du mélange de certaines substances, ainsi que l'encouragement des jeunes à ne pas consommer seuls²⁸.

Interventions psychosociales

8. Des thérapies psychosociales fondées sur des données probantes et adaptées au stade de développement devraient être offertes dans le cadre du traitement de première intention aux jeunes dont la SLUS est préoccupante et à leur famille, soit directement à l'hôpital, soit par une orientation vers des services communautaires appropriés²⁹. Voir [l'annexe B](#) pour une liste d'interventions psychosociales fondées sur des données probantes.
9. La planification du traitement en matière de santé liée à l'US chez les jeunes devrait tenir compte des facteurs biopsychosociaux, des déterminants sociaux et structurels de la santé, des comorbidités psychiatriques et des stratégies d'adaptation des jeunes afin d'atténuer les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection^{30,31,32,33}.

Pharmacothérapie

10. La prescription hors indication fondée sur des données probantes devrait être fortement envisagée. Bien qu'il existe des données qui appuient l'utilisation de médicaments pour traiter le TLUS et prendre en charge le sevrage chez les adultes, de nombreux traitements pharmacologiques ne sont pas officiellement approuvés pour la population pédiatrique, ce qui est courant pour les problèmes de santé touchant les jeunes. Le jugement clinique, la consultation et la collaboration sont donc essentiels^{34,35,36}.
11. Un certain nombre de médicaments utilisés pour traiter le TLUS et gérer les symptômes de sevrage peuvent être déjà présents dans les listes de couverture des hôpitaux à d'autres fins cliniques (p. ex. les benzodiazépines). De plus, l'accès à certains médicaments varie selon les régions. Selon le consensus des experts, au minimum, l'ensemble de médicaments suivant devrait figurer sur toutes les listes de



couverture des hôpitaux pédiatriques comme norme de soins pour veiller à la SLUS des jeunes, y compris la prise en charge du sevrage et les besoins en traitement continu³⁷.

- Thérapie de remplacement de la nicotine (timbres, gomme à mâcher, pastilles, inhalateurs)
- Traitement par agonistes opioïdes (buprénorphine/naloxone, injection de buprénorphine à libération prolongée, morphine orale à libération prolongée, méthadone)
- Naltrexone orale et naltrexone injectable (non disponibles actuellement au Canada)
- Acamprosate
- Trousses de naloxone à emporter (par voie nasale et injectable préremplie)
- Varénicline (trousse de départ et ordonnance) et bupropion à libération prolongée
- Gélules de N-acétylcystéine
- Capsaïcine topique
- Nabilone

Il n'existe aucune norme cohérente de pharmacothérapie pour le TLUS chez les jeunes; cependant, diverses lignes directrices existent^{38,39}.

Mesures de soutien continu et centré sur la communauté

12. Les transitions entre les services devraient s'appuyer sur une planification en amont, notamment par la corédaction de plans de congé ou de transition avec les jeunes et leurs familles (si possible)^{40,41,42}. On doit établir des liens directs avec les services de soins primaires et les services communautaires ou hospitaliers appropriés⁴³, et coordonner des transitions progressives grâce à la participation et à la bonne communication des différents prestataires⁴⁴.
13. Les hôpitaux devraient utiliser des démarches claires d'orientation vers les soutiens et services communautaires pour les jeunes, y compris le soutien par les pairs, les soins intégrés et les soins et ressources culturellement pertinents lorsqu'ils sont disponibles et appropriés^{45,46}.

Consulter le [Cheminement clinique pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques](#) pour des conseils pratiques concernant l'application des présentes recommandations.



Considérations importantes pour fournir des soins de qualité

Approches adaptées aux jeunes

- Il est pertinent de tenir compte de l'âge chronologique, de l'âge de développement et des jalons cognitifs pour bien adapter les soins^{47,48}.
- Pour cibler rapidement les problèmes liés à la consommation, il faut systématiquement engager un dialogue sur l'usage de substances, quelle que soit la raison de la consultation. Cela donne aussi l'occasion de faire participer les jeunes au soutien et aux soins⁴⁹.
- Si chaque prestataire se doit de veiller à la SLUS, certains aspects peuvent nécessiter une collaboration interdisciplinaire, ou en bénéficier, p. ex. avec les disciplines suivantes : pédiatrie générale, médecine des adolescents (lorsqu'elle est disponible), urgentologie, psychiatrie, psychologie, médecine de la dépendance, travail social, services de gestion de la douleur aiguë, soins infirmiers pédiatriques et soins infirmiers psychiatriques. C'est lorsque les prestataires travaillent en équipe multidisciplinaire pour créer des solutions adaptées aux besoins uniques des jeunes qu'on obtient les meilleurs résultats. Les unités pédiatriques de toutes disciplines devraient également pouvoir prendre en charge les aspects non médicaux du sevrage aigu. Les jeunes en sevrage devraient avoir accès à des soins intégrés, adaptés à leur stade de développement et répondant à leurs besoins dans tout établissement hospitalier, sans obstacle entre les services médicaux ou psychiatriques⁵⁰.
- Une approche centrée sur les jeunes, les forces et les droits doit respecter leur vie privée, leurs préférences et la confidentialité (lorsque c'est possible), tout en fournissant un soutien adapté à leurs objectifs déterminés et en respectant leur autonomie dans les décisions thérapeutiques⁵¹. On devrait faire participer les jeunes et les familles à la conception et à la mise en œuvre des services et des soutiens⁵². Au niveau provincial et territorial, le dialogue continue d'évoluer concernant l'évaluation de la capacité décisionnelle des jeunes quant au traitement du TLUS et la manière dont les lois existantes peuvent servir lorsqu'une stabilisation et une évaluation sont nécessaires pour prévenir les méfaits aigus de l'usage de substances⁵³.
- Les droits moraux et juridiques des jeunes doivent être respectés, mais on reconnaît que la capacité de prise de décisions évolue avec le temps et peut être influencée par l'usage de substances, la neurodiversité, l'âge chronologique, l'âge de développement et les contextes sociaux et familiaux^{54,55}.



- La mobilisation des proches aidants, de la famille et des alliés adultes comme partenaires actifs des soins peut améliorer les résultats, l'adhésion aux services, la poursuite des traitements et la réduction des méfaits^{56,57}. Puisque l'adoption d'une approche centrée sur les jeunes et la participation des familles comportent parfois des défis, les prestataires doivent gérer ces situations avec respect, en fonction du contexte et de la gravité de la situation⁵⁸.
- Un environnement accueillant pour les jeunes se caractérise par un langage adapté et non stigmatisant, des espaces calmes et des sources de confort (p. ex. éclairage chaleureux, intimité, collations, couvertures, chargeurs de téléphone, accès Wi-Fi), et crée une atmosphère conviviale qui peut améliorer l'engagement et les résultats^{59,60}.

Aller à la rencontre des jeunes

- Les jeunes peuvent éprouver simultanément des problèmes de santé mentale, de santé physique et de SLUS. Tous les problèmes devraient être abordés en même temps, et aucun ne devrait faire obstacle à la résolution d'un autre, car le soin apporté à une difficulté peut avoir un effet positif sur les autres⁶¹.
- Les troubles concomitants – TLUS survenant parallèlement à des troubles de santé mentale – sont fréquents chez les jeunes^{62,63} et devraient être traités ensemble^{64,65}.
- Des soins de qualité exigent une surveillance continue du fonctionnement et du bien-être de la personne, et doivent être adaptés au fil du temps pour aider cette dernière à atteindre les résultats souhaités^{66,67}.

Approches de soins fondamentales et culturellement adaptées

- Il faut reconnaître les conséquences négatives de la stigmatisation entourant l'usage de substances⁶⁸ et les méfaits disproportionnés subis par les groupes en quête d'équité et les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits^{69,70}.
- Les soins doivent être sensibles aux traumatismes et être culturellement sécuritaires. Les prestataires peuvent renforcer leur compétence comportementale et culturelle par la formation, l'autoréflexion, l'humilité et la conscience des dynamiques de pouvoir qui favorisent le lien thérapeutique et les pratiques anti-oppressives^{71,72}.

« Honnêtement, si le médecin ou le prestataire dégage simplement une belle énergie ou des ondes positives... on se sent en sécurité avec lui. C'est ce qui aiderait vraiment. Je pense qu'il faut inclure [les jeunes] dans les décisions [...] et prendre en compte leur mode de vie et la façon dont les ordonnances ou les médicaments fonctionneraient [...] écouter ce qu'ils ont à dire, et puis, juste être sincère et empathique. »

– Jeune, groupe de discussion, juillet 2025



« Je sentais qu'on me confiait beaucoup de responsabilités, mais sans le soutien nécessaire. Le plan de congé ne donnait pas d'instructions claires pour le suivi ni de liens vers des services communautaires, alors j'ai dû faire beaucoup de démarches moi-même pour trouver des ressources. »

– Proche aidant, groupe de discussion, juillet 2025

-
- ¹ Arruda, W., S.A. Bélanger, J.S. Cohen, S. Hrycko, A. Kawamura, M. Lane, ... et D.J. Korczak. « Promoting optimal mental health outcomes for children and youth (Position statement) », *Paediatrics & Child Health*, vol. 28, n° 2, 2023, p. 417–425. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad032>
- ² Leyton, M. et S. Stewart (éd.). *Toxicomanie au Canada : voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Child-Adolescent-Substance-Use-Disorders-Report-2014-fr.pdf>
- ³ Agence de la santé publique du Canada. *Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2018-preventing-problematic-substance-use-youth/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.pdf>
- ⁴ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁵ Santé Canada. *Consommation d'alcool et de drogues chez les élèves au Canada, 2023-2024 : principales constatations de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues chez les élèves*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2025. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/2023-2024-key-findings/2023-2024-principales-constatations.pdf>
- ⁶ British Columbia Coroners Service. *Youth unregulated drug toxicity deaths in British Columbia, 2019–2023*, Vancouver (BC), Ministry of Public Safety and Solicitor General, 2024. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/youth_unregulated_drug_toxicity_deaths_in_bc_2019-2023.pdf
- ⁷ Malam, R., R. MacDonald-Spracklin, E. Biggar, A. Sherk, A. Ziv, R. Gabrys, ... et T. Stockwell. « Tendances des hospitalisations et des consultations à l'urgence attribuables au cannabis : données de l'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020) », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, vol. 45, n° 6, 2025, p. 265–276. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.6.01f>
- ⁸ Grant, C.N. et R.E. Bélanger. « Cannabis and Canada's children and youth (Position statement) », *Paediatrics & Child Health*, vol. 22, n° 2, 2017, p. 98–102. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx017>



-
- ⁹ George, T. et F. Vaccarino (éd.). *Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Effects-of-Cannabis-Use-during-Adolescence-Report-2015-fr.pdf>
- ¹⁰ Recherche en santé mentale Canada. *Une exploration de l'impact des habitudes de consommation d'alcool sur la santé mentale des jeunes Canadiens et Canadiennes*, Mississauga (Ont.), chez l'auteur, 2024. <https://static1.squarespace.com/static/5f9978fdff01872f76f38a09/t/679268234367881f99221deb/1737648165613/FR+-+Impact+of+Alcohol+Consumption+on+YMH.pdf>
- ¹¹ Young-Wolff, K.C., C.A. Cortez, S.E. Alexeeff, L.D. Silver, R.L. Pacula, N.E. Slama, ... et S.A. Sterling. « Adolescent cannabis use and risk of psychotic, bipolar, depressive, and anxiety disorders », *JAMA Health Forum*, vol. 7, n° 2, 2026, p. e256839. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.6839>
- ¹² Grant, C.N. et R.E. Bélanger. « Cannabis and Canada's children and youth (Position statement) », *Paediatrics & Child Health*, vol. 22, n° 2, 2017, p. 98–102. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx017>
- ¹³ Volkow, N.D., G.F. Koob et A.T. McLellan. « Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction », *New England Journal of Medicine*, vol. 374, n° 4, 2016, p. 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>
- ¹⁴ SharedCare et UBC Continuing Professional Development. *Child & youth substance use pathway overview*, 2024. <https://pathwaysbc-production-content-item-documents.s3.amazonaws.com/documents/7710/original/CYSU%20Interactive%20Clinical%20Tool%20-%20May%202026.pdf?1779214255>
- ¹⁵ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ¹⁶ Welsh, J.W., A.R. Dopp, R.M. Durham, S.I. Sitar, L.L. Passetti, S.B. Hunter, ... et K.C. Winters. « Narrative review: Revised principles and practice recommendations for adolescent substance use treatment and policy », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 64, n° 2, 2025, p. 123–142. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.010>
- ¹⁷ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ¹⁸ Welsh, J.W., A.R. Dopp, R.M. Durham, S.I. Sitar, L.L. Passetti, S.B. Hunter, ... et K.C. Winters. « Narrative review: Revised principles and practice recommendations for adolescent substance use treatment and policy », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 64, n° 2, 2025, p. 123–142. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.010>
- ¹⁹ Levy, S.J., J.F. Williams, Committee on Substance Use and Prevention, S.A. Ryan, P.K. Gonzalez, S.W. Patrick, ... et L.R. Walker. « Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment », *Pediatrics*, vol. 138, n° 1, 2016, p. e20161211. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1211>
- ²⁰ SharedCare et UBC Continuing Professional Development. *Child & youth substance use pathway overview*, 2024. <https://pathwaysbc-production-content-item-documents.s3.amazonaws.com/documents/7710/original/CYSU%20Interactive%20Clinical%20Tool%20-%20May%202026.pdf?1779214255>
-



-
- ²¹ Barbic, S., R. Turuba, A. Kestler, A. Stacey, C. Brassett, D. Sutherland, ... et V. Brockmann. *Towards a quality standard for emergency departments: Improving mental health and substance use care for youth in British Columbia, Canada*, Vancouver (C.B.), University of British Columbia, 2025. <https://sandbox1-med-fom-osot.sites.olt.ubc.ca/files/2025/06/UBC-ED-Standards-May2025.pdf>
- ²² Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2026.
- ²³ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2026.
- ²⁴ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2026.
- ²⁵ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2026.
- ²⁶ Leslie, K.M. et Comité de la santé de l'adolescent de la Société canadienne de pédiatrie. « Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, n° 1, 2008, p. 53–56. <https://doi.org/10.1093/pch/13.1.53>
- ²⁷ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ²⁸ Leslie, K.M. et Comité de la santé de l'adolescent de la Société canadienne de pédiatrie. « Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, n° 1, 2008, p. 53–56. <https://doi.org/10.1093/pch/13.1.53>
- ²⁹ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ³⁰ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ³¹ Rush, B., K. Urbanoski, D. Bassani, S. Castel, T.C. Wild, C. Strike, ... et J. Somers. « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 53, n° 12, 2008, p. 800–809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
- ³² Pearson, C., T. Janz et J. Ali. « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada, Statistique Canada », *Coup d'œil sur la santé*, 2013. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.pdf>
- ³³ Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. *Comprendre les troubles concomitants*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2024. <https://www.cymha.ca/Modules/ResourceHub/?id=6f0511c5-ac48-48bf-b789-08c4802259b6&lang=fr>
- ³⁴ Squeglia, L.M., M.C. Fatus, E.A. McClure, R.L. Tomko et K.M. Gray. « Pharmacological treatment of youth substance use disorders », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 29, n° 7, 2019, p. 559–572. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0009>
- ³⁵ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
-



-
- ³⁶ Hepburn, C.M., A. Gilpin, J. Autmizguine, A. Denburg, L.L. Dupuis, Y. Finkelstein, ... et C. Litalien. « Improving paediatric medications: A prescription for Canadian children and youth », *Paediatrics & Child Health*, vol. 24, n° 5, 2019, p. 333–335. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz079>
- ³⁷ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2026.
- ³⁸ Percival, M., A. Taggart et L. Horricks. *Clinical resource guide for the management of acute substance withdrawal*, Hamilton (Ont.), Hamilton Health Sciences; St. Joseph's Healthcare Hamilton; McMaster University, 2022. <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2022/05/ResourceGuide-MSTEP.pdf>
- ³⁹ British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health et B.C. Ministry of Mental Health and Addictions. *A guideline for the clinical management of opioid use disorder – youth supplement*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2018. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/OD-Youth.pdf>
- ⁴⁰ Levy, S.J., J.F. Williams, Committee on Substance Use and Prevention, S.A. Ryan, P.K. Gonzalez, S.W. Patrick, ... et L.R. Walker. « Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment », *Pediatrics*, vol. 138, n° 1, 2016, p. e20161211. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1211>
- ⁴¹ Welsh, J.W., A.R. Dopp, R.M. Durham, S.I. Sitar, L.L. Passeti, S.B. Hunter, ... et K.C. Winters. « Narrative review: Revised principles and practice recommendations for adolescent substance use treatment and policy », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 64, n° 2, 2025, p. 123–142. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.010>
- ⁴² Barbic, S., R. Turuba, A. Kestler, A. Stacey, C. Brasslet, D. Sutherland, ... et V. Brockmann. *Towards a quality standard for emergency departments. Improving mental health and substance use care for youth in British Columbia, Canada*, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia, 2025. <https://sandbox1-med-fom-osot.sites.olt.ubc.ca/files/2025/06/UBC-ED-Standards-May2025.pdf>
- ⁴³ Barbic, S., R. Turuba, A. Kestler, A. Stacey, C. Brasslet, D. Sutherland, ... et V. Brockmann. *Towards a quality standard for emergency departments. Improving mental health and substance use care for youth in British Columbia, Canada*, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia, 2025. <https://sandbox1-med-fom-osot.sites.olt.ubc.ca/files/2025/06/UBC-ED-Standards-May2025.pdf>
- ⁴⁴ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁴⁵ Barbic, S., R. Turuba, A. Kestler, A. Stacey, C. Brasslet, D. Sutherland, ... et V. Brockmann. *Towards a quality standard for emergency departments. Improving mental health and substance use care for youth in British Columbia, Canada*, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia, 2025. <https://sandbox1-med-fom-osot.sites.olt.ubc.ca/files/2025/06/UBC-ED-Standards-May2025.pdf>
- ⁴⁶ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁴⁷ Welsh, J.W., A.R. Dopp, R.M. Durham, S.I. Sitar, L.L. Passeti, S.B. Hunter, ... et K.C. Winters. « Narrative review: Revised principles and practice recommendations for adolescent substance



-
- use treatment and policy », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 64, n° 2, 2025, p. 123–142. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.010>
- ⁴⁸ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁴⁹ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁵⁰ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁵¹ Hadland, S.E., A. Yule, S.J. Levy, E. Hallett, M. Silverstein et S.M. Bagley. « Evidence-based treatment for young adults with substance use disorders », *Pediatrics*, vol. 147, suppl. 2, 2021, p. S204–S214. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023523D>
- ⁵² Hawke, L.D., K. Mehra, C. Settapani, J. Relihan, K. Darnay, G. Chaim et J. Henderson. « What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature », *BMC Health Services Research*, vol. 19, 2019, article 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4066-5>
- ⁵³ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁵⁴ Nations Unies. *Convention relative aux droits de l'enfant*, Genève (Suisse), Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2003. <https://assembly.nu.ca/library/GNedocs/2003/002995-e.pdf>
- ⁵⁵ Nations Unies. *Convention relative aux droits de l'enfant*, Genève (Suisse), Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2003. <https://assembly.nu.ca/library/GNedocs/2003/002995-e.pdf>.
- ⁵⁶ Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. *Norme de qualité pour l'engagement des familles*, 2021. <https://www.cymha.ca/Modules/ResourceHub/?id=98d4c18b-e062-4ebb-b16d-1a9cc1c0ae80&lang=fr>
- ⁵⁷ Headspace. *Family inclusive practice handbook*, 2023. headspace.org.au/assets/download-cards/FamilyInclusivePracticeHandbook_Revised.pdf
- ⁵⁸ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁵⁹ Hawke, L.D., K. Mehra, C. Settapani, J. Relihan, K. Darnay, G. Chaim et J. Henderson. « What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature », *BMC Health Services Research*, vol. 19, 2019, article 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4066-5>
- ⁶⁰ Barbic, S., R. Turuba, A. Kestler, A. Stacey, C. Brassett, D. Sutherland, ... et V. Brockmann. *Towards a quality standard for emergency departments. Improving mental health and substance use care for youth in British Columbia, Canada*, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia, 2025. <https://sandbox1-med-fom-osot.sites.olt.ubc.ca/files/2025/06/UBC-ED-Standards-May2025.pdf>
- ⁶¹ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
-



-
- ⁶² Rush, B., K. Urbanoski, D. Bassani, S. Castel, T.C. Wild, C. Strike, ... et J. Somers. « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 53, n° 12, 2008, p. 800–809.
<https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
- ⁶³ Pearson, C., T. Janz et J. Ali. « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada, Statistique Canada », *Coup d'œil sur la santé*, 2013.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.pdf>
- ⁶⁴ Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. *Comprendre les troubles concomitants*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2024.
<https://www.cymha.ca/Modules/ResourceHub/?id=6f0511c5-ac48-48bf-b789-08c4802259b6&lang=fr>
- ⁶⁵ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁶⁶ Simon, K.M., S.K. Harris, L.A. Shrier et O.G. Bukstein. « Measurement-based care in the treatment of adolescents with substance use disorders », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 29, n° 4, 2020, p. 675–690. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.06.006>
- ⁶⁷ Groupe consultatif canadien sur l'usage de substances chez les jeunes. *Consultations d'experts*, 2025.
- ⁶⁸ Agence de la santé publique du Canada. *Un guide d'introduction pour réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé canadien*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/primer-reduce-substance-use-stigma-health-system/stigma-rimer-fra.pdf>
- ⁶⁹ Agence de la santé publique du Canada. *Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2018-preventing-problematic-substance-use-youth/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.pdf>
- ⁷⁰ Agence de la santé publique du Canada. *Prévenir les méfaits liés aux substances chez les jeunes Canadiens en prenant des mesures dans les communautés scolaires : document d'orientation*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/policy-paper-preventing-substance-related-harms-canadian-youth-action-school-communities/final-policypaper-fr.pdf>
- ⁷¹ Hernandez-Basurto, M.A., E. Bate et S. Taha. *Compétences en santé liée à l'usage de substances pour tous les prescripteurs – spécification publiquement disponible*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024.
<https://competencies.ccsa.ca/sites/default/files/2024-09/Substance-Use-Health-Competencies-for-All-Prescribers-fr.pdf>
- ⁷² Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. *Norme de qualité pour l'engagement des jeunes*, 2021.
<https://www.cymha.ca/Modules/ResourceHub/?id=64172b4d-af0d-432a-8d66-880ba2292486&lang=fr>
-



Cheminement clinique pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques

Approches de base pour les jeunes ayant des besoins en SLUS

Offrir du soutien et proposer des interventions en partenariat avec les jeunes

Fournir des soins centrés sur les jeunes et les forces, tenant compte du développement, sensibles aux traumatismes et culturellement adaptés

Répondre simultanément aux troubles concomitants de santé mentale, de santé physique et de SLUS

Tenir compte des facteurs biopsychosociaux et des déterminants structurels et sociaux de la santé en lien avec la SLUS chez les jeunes

Impliquer les familles en tant que partenaires actifs des soins, tout en tenant compte des obligations éthiques et juridiques qui assurent la confidentialité et la sécurité

Poser des questions sur la santé liée à l'usage de substances (SLUS) et faire un dépistage chez tous les jeunes*, peu importe la raison de leur visite



AUCUN USAGE DE SUBSTANCES

Donner des conseils de prévention, notamment sur les pratiques à moindre risque en cas de consommation, pour renforcer positivement les décisions saines et favoriser un dialogue ouvert



USAGE DE SUBSTANCES

Évaluer les facteurs de risque et de protection, ainsi que les troubles concomitants de santé physique et mentale



PROPOSER DES INTERVENTIONS EN FONCTION DES BESOINS INDIVIDUELS

- Sensibilisation et réduction des méfaits adaptées à l'âge
- Intervention rapide
- Intervention psychosociale
- Gestion du sevrage
- Pharmacothérapie
- Traitement psychosocial



SOUTIEN CONTINU

Mesures de soutien continu en milieu hospitalier et communautaire conçues grâce à une planification collaborative avec les jeunes et leurs proches

*L'intervalle d'âge peut varier d'un hôpital à l'autre, mais se situe généralement entre 10 et 21 ans.



Annexe A : outils de dépistage et d'évaluation clinique

Voici les outils les plus couramment utilisés pour la santé liée à l'usage de substances dans les hôpitaux pédiatriques canadiens :

Outil	Thèmes abordés	Description	Temps d'administration	Langue
Entretien de dépistage CRAFFT 2.1 (CRAFFT) ¹ Entretien de dépistage CRAFFT 2.1 + Nicotine (CRAFFT 2.1 +N)	Usage de substances	Outil validé de dépistage de la santé comportementale en deux parties, qui peut être rempli par la personne elle-même ou par le médecin. Il comporte quatre questions sur l'usage de substances dans la dernière année et six questions sur les comportements à risque. La version « +N » comprend dix questions supplémentaires sur la consommation de nicotine (vapotage et produits du tabac).	5 à 10 minutes ²	Anglais, français Offert en plus de 35 langues
Home environment, Education and employment, Eating, peer-related Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence (HEEADDSSS) ³	Dépistage psychosocial (inclut l'usage de substances comme domaine)	Outil de dépistage conversationnel utilisé pour établir la confiance et le lien thérapeutique, et pour repérer les risques cachés ou émergents, dont l'usage de substances, afin d'orienter la planification des soins.	Flexible	Anglais
Outil HEADS-ED (habitation, éducation/emploi, activités et pairs, drogues et alcool, suicidalité, émotions, disponibilité des ressources ou congé (HEADS-ED)) ⁴	Dépistage psychosocial (inclut l'usage de substances comme domaine)	Outil d'entrevue de triage et de dépistage conçu pour aider les médecins à recueillir les antécédents, à repérer les risques liés à la santé mentale et à la SLUS, et à orienter les demandes de consultation. Il comprend une échelle en trois points pour chaque section, allant de « aucune action nécessaire » à « a	5 minutes	Anglais, français



Outil	Thèmes abordés	Description	Temps d'administration	Langue
		besoin d'une intervention immédiate/déficience fonctionnelle grave ». Note : HEAADDSSS est un outil de dépistage général, tandis que HEADDSS-ED est plus couramment utilisé comme outil de triage rapide en contexte d'urgence et de soins de courte durée.		
Strengths, School, Home, Activities, Drugs, Emotions, Sexuality, Safety (SSHADESS) ⁵	Dépistage psychosocial (inclut l'usage de substances comme domaine)	Outil de dépistage HEADSS modifié qui adopte une approche axée sur les forces. Il s'agit d'un cadre structuré pour mener auprès des adolescents des entrevues psychosociales qui explorent le bien-être émotionnel et les comportements à risque (p. ex. usage de substances, protection lors des relations sexuelles).	Flexible	Anglais
Screening to Brief Intervention (S2BI) ⁶	Tabac (nicotine), alcool et cannabis, suivis d'autres substances	Outil validé de dépistage rapide qui pose trois questions sur la fréquence de la consommation de tabac (nicotine), d'alcool et de cannabis dans la dernière année. Une réponse affirmative déclenche des questions supplémentaires sur l'usage de substances. Les réponses pour chaque substance peuvent être classées selon le niveau de risque de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble lié à l'usage de substances. Les catégories de fréquence d'usage s'accompagnent de prochaines étapes concrètes pour les prestataires de soins de santé. L'outil peut être rempli par la personne elle-même ou par un médecin.	Moins de 2 minutes	Non déclaré Documentation du programme SBIRT (dont l'intervention S2BI) disponible dans plusieurs langues



Voici d'autres outils moins fréquemment utilisés, mais pouvant être appropriés selon le contexte et les besoins identifiés :

Outil	Thèmes abordés	Description	Temps d'administration	Langue
Dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) ⁷	Usage de substances	Grille de dépistage et d'évaluation en 27 points qui évalue la consommation d'alcool et de substances. Elle examine l'usage de différentes substances (p. ex. alcool, cannabis) dans la dernière année, les épisodes de consommation d'alcool en une même occasion, ainsi que les méfaits associés à l'usage d'alcool ou d'autres drogues. Une version culturellement adaptée et validée pour les Premières Nations au Québec est disponible.	15 minutes et 2 minutes pour le score final	anglais, français
Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) ⁸	Usage de substances	Outil de dépistage autoadministré de 139 éléments qui repère les possibles troubles dans 10 domaines fonctionnels, dont l'usage de substances, la santé mentale et physique, les relations familiales et avec les pairs, l'emploi et l'éducation spécialisée. La sous-échelle sur l'usage de substances compte 17 éléments. Un score de 1 ou plus sur cette échelle indique qu'une évaluation plus approfondie des préoccupations liées à l'usage de substances pourrait être justifiée.	Pour tout l'instrument : 20 à 25 minutes	anglais, espagnol
Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and Other Drugs (BSTAD) ⁹	Tabac, alcool et cannabis, suivis d'autres substances	Autoévaluation de dépistage qui examine la fréquence d'usage de substances afin d'établir le niveau de risque de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble lié à l'usage de substances chez les adolescents. Elle commence par trois questions sur la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis dans la dernière année. Si l'usage de l'une de ces substances est déclaré, des questions de suivi sur d'autres substances sont posées.	5 minutes	anglais



Outil	Thèmes abordés	Description	Temps d'administration	Langue
National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAA) youth screening tool ¹⁰	Alcool	Outil de dépistage à deux questions utilisé pour repérer la consommation d'alcool chez les jeunes dans la dernière année et évaluer le risque de problèmes liés à l'alcool. Une question porte sur la consommation personnelle d'alcool et l'autre, sur la consommation d'alcool par les amis.	2 minutes	anglais
Test de détermination des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT/AUDIT-C) ^{11,12}	Alcool	Outil de dépistage en 10 questions pour évaluer la consommation d'alcool, les habitudes de consommation et les préoccupations connexes (p. ex. ne pas pouvoir arrêter de boire après avoir commencé). Un tableau de référence indiquant le nombre approximatif de verres standards dans diverses boissons alcoolisées est fourni. L'AUDIT-C est une version abrégée comportant trois questions axées sur la consommation d'alcool.	2 minutes pour l'administration et 3 minutes pour le score final	anglais, français Offert dans une quarantaine de langues
Cannabis Abuse Screening Test (CAST) ¹³	Cannabis	Questionnaire de six questions qui porte sur l'usage de cannabis dans la dernière année. Les éléments sont évalués sur une échelle de cinq points, allant de « jamais » à « très souvent »; on obtient un score total de 0 à 24.	2 à 3 minutes	anglais, français et autres langues
Test d'identification de troubles de l'usage de cannabis – révisé (CUDIT-R) ¹⁴	Cannabis	Questionnaire de huit éléments qui sert au dépistage de l'usage de cannabis dans les six derniers mois, et qui couvre des sujets liés à la consommation, aux préoccupations associées au cannabis, à la dépendance et aux caractéristiques psychologiques.	2 à 4 minutes	anglais, français et autres langues
Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS) ¹⁵	Troubles concomitants (santé mentale et santé liée à	Outil structuré d'autoévaluation en 20 questions, qui sert au dépistage de la fréquence, dans la dernière année, des symptômes et des comportements liés aux troubles psychiatriques internalisés (p. ex.	5 à 10 minutes	anglais, français et autres langues



Outil	Thèmes abordés	Description	Temps d'administration	Langue
	l'usage de substances)	dépression), aux troubles psychiatriques externalisés (p. ex. TDAH), aux troubles liés à l'usage de substances ainsi qu'aux préoccupations liées à la criminalité ou à la violence (p. ex. s'être battu, porter une arme).		

Annexe B : interventions psychosociales

Les tableaux suivants présentent diverses approches thérapeutiques fondées sur des données probantes dont l'efficacité a été démontrée pour améliorer les résultats liés aux besoins des jeunes en matière de SLUS (sans se limiter au TLUS). Les interventions devraient être choisies en collaboration avec les jeunes et en tenant compte de leur contexte psychosocial. Elles devraient également être réalisées selon une approche bienveillante, culturellement adaptée et exempte de jugement. La participation des parents et de la famille devrait être intégrée lorsque cela est approprié, et l'orientation vers des services communautaires ou de longue durée peut se faire à tout moment.

Interventions brèves et à séance unique

Les interventions brèves peuvent être réalisées en un temps limité (généralement, d'une à cinq séances d'environ 5 à 30 minutes) et avoir de grandes répercussions. Elles relèvent de la responsabilité de tout prestataire de services qui interagit avec des jeunes et ne nécessitent pas de formation spécialisée. Elles sont particulièrement pertinentes dans des milieux comme les services d'urgence, les soins à l'externe et les soins de courte durée, mais peuvent être utilisées dans tout contexte clinique.

Les interventions brèves mettent l'accent sur les mesures pouvant être prises immédiatement, que le jeune s'inquiète ou non de son usage de substances ou qu'il souhaite ou non entreprendre un traitement formel. Même lorsqu'un adolescent n'est pas prêt à participer à un traitement ou à accepter d'être dirigé vers un autre prestataire, on peut réaliser sur-le-champ des interventions cliniques significatives : offrir de l'information sur l'usage de substances, fournir des renseignements sur la réduction des méfaits et du matériel, et avoir des entrevues motivationnelles.



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
Entrevue motivationnelle	13 à 24 ans	• Devrait être utilisée auprès des adolescents et des jeunes adultes qui consomment des substances^{16, 17}. • Approche fondamentale pour susciter la participation des jeunes aux soins, établir la confiance et explorer l'ambivalence face au changement.	• Fournir de la formation et des ressources afin de renforcer la confiance et la compétence des prestataires pour mener, avec les jeunes et les familles, des conversations sur l'usage de substances adaptées à l'âge et au stade de développement. • Créer des points de contact cohérents et précoces par l'intégration de la SLUS dans les soins courants, quel que soit le prestataire ou le milieu. • Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes.
Thérapie de renforcement de la motivation	10 à 24 ans	• Repose sur les principes de l'entrevue motivationnelle, mais présente un format plus structuré. Elle peut être utilisée pour les cas d'usage de substances et pourrait être plus efficace en combinaison avec d'autres interventions psychosociales²⁰.	• Fournir de la formation et des ressources afin de renforcer la confiance et la compétence des prestataires pour mener, avec les jeunes et les familles, des conversations sur l'usage de substances adaptées à l'âge et au stade de développement. • Créer des points de contact cohérents et précoces par l'intégration de la SLUS dans les soins courants, quel que soit le prestataire ou le milieu. • Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
			d'approches fondées sur des données probantes.
Psychoéducation	10 à 24 ans	• Donne des conseils et des renseignements sur l'usage de substances, ses effets et ses risques^{21,22}. • Comprend de l'information sur l'usage de substances destinée aux parents et aux familles²¹.	• Fournir de la formation et des ressources afin de renforcer la confiance et la compétence des prestataires pour mener, avec les jeunes et les familles, des conversations sur l'usage de substances adaptées à l'âge et au stade de développement. • Créer des points de contact cohérents et précoces par l'intégration de la SLUS dans les soins courants, quel que soit le prestataire ou le milieu. • Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes.
Réduction des méfaits	10 à 24 ans	• Fournit aux jeunes, aux parents et aux familles de l'information et du matériel de réduction des méfaits adaptés à l'âge et au stade de développement^{16, 23}.	• Fournir de la formation et des ressources afin de renforcer la confiance et la compétence des prestataires pour mener, avec les jeunes et les familles, des conversations sur l'usage de substances adaptées à l'âge et au stade de développement. • Créer des points de contact cohérents et précoces par l'intégration de la SLUS dans les soins courants, quel que soit le prestataire ou le milieu. • Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
			de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes.
Modèles de soutien par les pairs	10 à 24 ans	• Mettent en contact les jeunes ayant un TLUS avec des groupes de soutien par les pairs et d'autres services communautaires axés sur le rétablissement¹⁶. • Font naître l'espoir, réduisent la stigmatisation et encouragent la participation; ils sont recommandés en complément des soins cliniques^{16, 24}.	• Fournir de la formation et des ressources afin de renforcer la confiance et la compétence des prestataires pour mener, avec les jeunes et leur famille, des conversations sur l'usage de substances adaptées à l'âge et au stade de développement. • Créer des points de contact cohérents et précoces par l'intégration de la SLUS dans les soins courants, quel que soit le prestataire ou le cadre. • Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes.

Interventions thérapeutiques de plus grande intensité

Les interventions à moyen et long terme impliquent un travail continu avec les jeunes au fil du temps et s'échelonnent généralement sur plusieurs séances. Ces interventions peuvent être offertes dans le cadre de programmes pour patients hospitalisés et à l'externe ou de services communautaires.



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
Gestion des contingences	10 ans et plus	- Peut être utilisée pour le TLUS²⁵, y compris l'usage de stimulants^{16, 18} et de cannabis¹⁹ et la dépendance aux benzodiazépines¹⁶. - Considérée comme un pilier du traitement de l'usage de stimulants¹⁹. - Peu de recherches chez les jeunes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes²⁶.	- Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée. - Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes.
Modèles de soutien par les pairs	10 ans et plus	- Mettent en contact les jeunes ayant un TLUS avec des groupes de soutien par les pairs et d'autres services communautaires axés sur le rétablissement¹⁶. - Font naître l'espoir, réduisent la stigmatisation et encouragent la participation; ils sont recommandés en complément des soins cliniques¹⁶.	- Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée. - Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.
Thérapies familiales	10 ans et plus	Peuvent jouer un rôle déterminant dans l'atteinte de résultats positifs chez les jeunes ayant un TLUS²⁶ et constituer un élément important du	Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
		soutien aux enfants et aux jeunes ayant des troubles concomitants²⁷. • Englobent la thérapie familiale multidimensionnelle, la thérapie familiale stratégique brève, la thérapie comportementale familiale, la thérapie familiale fonctionnelle et la thérapie multisystémique^{20,24,25}. • Offrent un soutien émotionnel, aident à assurer un suivi entre les rendez-vous et favorisent l'adhésion au traitement médicamenteux^{20, 26}. • Peuvent être contre-productives dans certaines situations. Les jeunes devraient orienter le choix des personnes qui participent à leur traitement¹⁶.	soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée. ▪ Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.
Approche de renforcement communautaire pour adolescents (A-CRA)	10 ans et plus	• Interventions personnalisées, faites par des médecins, pour aider les adolescents à développer des modes de vie gratifiants qui ne sont pas centrés sur l'usage de substances²⁰.	▪ Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée. ▪ Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.
Thérapie cognitivo-comportementale	13 ans et plus	• Aide les jeunes à mettre en place des stratégies d'adaptation, à reconnaître les distorsions cognitives et à prévenir les récidives. Également efficace pour les jeunes présentant des troubles concomitants tels que la dépression ou l'anxiété.	▪ Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
		• Considérée comme un pilier du traitement de l'usage d'alcool et de stimulants (aux côtés de la gestion des contingences)¹⁸. • Son efficacité a été démontrée pour réduire l'usage d'opioïdes déclaré chez les adultes²⁸.	communautaires de plus longue durée. ▪ Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.
Thérapie d'acceptation et d'engagement	10 ans et plus	• Met l'accent sur les techniques d'acceptation (p. ex. accepter plutôt qu'éviter ou nier les sentiments)²⁰.	▪ Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée. ▪ Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.
Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	10 ans et plus	▪ Met l'accent sur les techniques de pleine conscience (p. ex. la méditation) et peut être utilisée pour traiter le TLUS²⁰.	▪ Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée.



Intervention	Intervalle d'âge à l'étude	Points clés	Considérations relatives aux hôpitaux et aux systèmes
			▪ Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.
Traitement de l'abus de substances axé sur la pleine conscience chez les adolescents (MBSAT)	12 ans et plus	▪ Programme de groupe qui intègre la pleine conscience, la conscience de soi et des stratégies de traitement de l'usage de substances pour les jeunes²⁹.	▪ Soutenir des parcours clairs, des liens, des orientations et un suivi afin de mettre en contact les jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers avec des soutiens psychosociaux et communautaires de plus longue durée. ▪ Favoriser des soutiens intégrés par l'établissement de politiques et l'offre de ressources visant l'adoption d'approches fondées sur des données probantes, telles que la gestion des contingences dans les soins hospitaliers.



Bibliographie pour les annexes

1. Knight, J.R., L.A. Shrier, T.D. Bravender, M. Farrell, J. Vander Bilt et H.J. Shaffer. « A new brief screen for adolescent substance abuse », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 6, 1999, p. 591–596.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.591>
2. Société canadienne de pédiatrie. *La santé mentale : outils de dépistage et échelles d'évaluation*, 2022. <https://cps.ca/fr/mental-health-screening-tools>
3. Klein, D.A., J.M. Goldenring et W.P. Adelman. « HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media », *Contemporary Pediatrics*, 2014. <https://www.contemporarypediatrics.com/view/heedsss-30-psychosocial-interview-adolescents-updated-new-century-fueled-media>
4. Cappelli, M., C. Gray, R. Zemek, P. Cloutier, A. Kennedy, E. Glennie, ... et J.S. Lyons. « The HEADS-ED: a rapid mental health screening tool for pediatric patients in the emergency department », *Pediatrics*, vol. 130, n° 2, 2012, p. e321–e327.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3798>
5. Ginsburg, K.R. « The SSHADESS screening: A strength-based psychosocial assessment ». Dans K.R. Ginsberg et Z.B.R. McClain (éd.), *Reaching teens: Strength-based, trauma-sensitive, resilience-building communication strategies rooted in positive youth development (2nd ed)*, American Academy of Pediatrics, 2020, p. 225–228.
6. Levy, S., R. Weiss, L. Sherritt, R. Ziemnik, A. Spalding, S. Van Hook et L.A. Shrier. « An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels », *JAMA Pediatrics*, vol. 168, n° 9, 2014, p. 822–828. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.774>
7. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ). *DEP-ADO - Guide de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (version 3.3)*, 2016.
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/docs/GSC4242/F1775629324_DEP_ADO_fr_V3.2a_2013.pdf
8. Rahdert, E.R. *The adolescent assessment/referral system manual*, Rockville (MD), National Institute on Drug Abuse, 1991. <https://eric.ed.gov/?id=ED340960>
9. Kelly, S.M., J. Gryczynski, S.G. Mitchell, A. Kirk, K.E. O'Grady et R.P. Schwartz. « Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use », *Pediatrics*, vol. 133, n° 5, 2014, p. 819–826. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2346>
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol screening and brief intervention for youth: A practitioner's guide*, Bethesda (MD), chez l'auteur, 2021.
https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Alcohol_Screening_Youth_Guide.pdf



11. Babor, T.F., J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders et M.G. Monteiro. *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care (2nd edition)*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c57d9855-5450-4c46-84b1-c88a6df4192c/content>
12. Bush, K., D.R. Kivlahan, M.B. McDonell, S.D. Fihn et K.A. Bradley. « The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking », *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, n° 16, 1998, p. 1789–1795.
<https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
13. Legleye, S., L. Karila, F. Beck et M. Reynaud. « Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test », *Journal of Substance Use*, vol. 12, n° 4, 2007, p. 233–242. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>
14. Adamson, S.J., F.J. Kay-Lambkin, A.L. Baker, T.J. Lewin, L. Thornton, B.J. Kelly et J.D. Sellman. « An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, n° 1–2, 2010, p. 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017>
15. McDonell, M.G., K.A. Comtois, W.D. Voss, A.H. Morgan et R.K. Ries. « Global appraisal of individual needs short screener (GSS): Psychometric properties and performance as a screening measure in adolescents », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 35, n° 3, 2009, p. 157–160. <https://doi.org/10.1080/00952990902825421>
16. Krausz, M., J.N. Westenberg, V. Tsang, J. Suen, M.J. Ignaszewski, N. Mathew, ... et F. Choi. « Towards an international consensus on the prevention, treatment, and management of high-risk substance use and overdose among youth », *Medicina*, vol. 58, n° 4, 2022, article 539. <https://doi.org/10.3390/medicina58040539>
17. Arruda, W., S.A. Bélanger, J.S. Cohen, S. Hrycko, A. Kawamura, M. Lane, ... et D.J. Korczak. « Promoting optimal mental health outcomes for children and youth », *Paediatrics & Child Health*, vol. 28, n° 7, 2023, p. 417–425.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxad032>
18. Office des Nations Unies sur la drogue et le crime. *Volume C: Pharmacological treatment for drug use disorders, drug treatment for special populations, Module 1: Dependence basics, 3: Psychostimulants*, 2022.
https://www.unodc.org/documents/treatnet/Volume-C/Module-1/Volume_C_module_1_W3.pdf
19. Office des Nations Unies sur la drogue et le crime. *Volume C: Pharmacological treatment for drug use disorders, drug treatment for special populations, Module 4: Volatile substances, cannabis and new psychoactive substances*, 2022.
https://www.unodc.org/documents/treatnet/Volume-C/Module-1/Volume_C_module_1_W4.pdf
20. Fadus, M.C., L.M. Squeglia, E.A. Valadez, R.L. Tomko, B.E. Bryant et K.M. Gray.
« Adolescent substance use disorder treatment: An update on evidence-based



- strategies », *Current Psychiatry Reports*, vol. 21, n° 10, 2019, article 96.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1086-0>
21. Sarkhel, S., O.P. Singh et M. Arora. « Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 62, suppl. 2, 2020, p. S319–S323.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
22. Magill, M., S. Martino et B. Wampold. « The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 126, 2021, article 108442.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442>
23. Leslie, K.M. et Comité de la santé de l'adolescent de la Société canadienne de pédiatrie. « Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents », *Paediatrics & Child Health*, vol. 13, n° 1, 2009, p. 53–56.
<https://doi.org/10.1093/pch/13.1.53>
24. Wood, E., J. Bright, K. Hsu, N. Goel, J.W. Ross, A. Hanson, ... et J. Rehm. « Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 195, n° 40, 2023, p. E1364–E1379.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.230715>
25. Office des Nations Unies sur la drogue et le crime. *Volume C: Pharmacological treatment for drug use disorders, drug treatment for special populations, Module 3: Special populations: Co-occurring disorders, women and young people, 3: Young people: Substance use disorders and treatment issues*, 2022.
https://www.unodc.org/documents/treatnet/Volume-C/Module-3/Volume_C_M3_W3.pdf.
26. British Columbia Centre on Substance Use, British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health et B.C. Ministry of Mental Health and Addictions. *A guideline for the clinical management of opioid use disorder – youth supplement*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2018. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/ODU-Youth.pdf>.
27. Rosic, T., E. Lovell, H. Macmillan, Z. Samaan et R.L. Morgan. « Components of outpatient child and youth concurrent disorders programs: A critical interpretive synthesis - Composantes des programmes de troubles concomitants des enfants et des jeunes ambulatoires : une synthèse interprétative critique », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 69, n° 6, 2024, p. 381–394. <https://doi.org/10.1177/07067437231212037>
28. Rice, D., K. Corace, D. Wolfe, L. Esmaeilisaraji, A. Michaud, A. Grima, ... et B. Hutton. « Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses », *PloS One*, vol. 15, n° 12, 2020, article e0244401.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244401>
29. Himelstein, S. et S. Saul. *Mindfulness-based substance abuse treatment for adolescents: A 12-session curriculum*, New York (NY), Routledge, 2016.

