



Guide sur l'offre de services en dépendance aux personnes autistes

Sous la direction de **Marie-Hélène Poulin**, avec:

- ▶ **Germain Couture**
- ▶ **Bibiane Girard**
- ▶ **Grace Iarocci**
- ▶ **Nadia L'Espérance**
- ▶ **Myriam Laventure**
- ▶ **Claude L. Normand**
- ▶ **Mélanie Perreault**
- ▶ **Madelaine Ressel**
- ▶ **Kelly Tremblay**

En partenariat avec



Une autre façon de communiquer.



► Ce guide est édité en partenariat avec la Fédération québécoise de l'autisme en charge de la conception graphique et de la réalisation.

Pour en savoir plus sur l'autisme: autisme.qc.ca

Date de parution: août 2021

But de l'ouvrage

Connaître les conditions gagnantes pour offrir des services psychosociaux aux adultes ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) et évaluer leurs habitudes de consommation de substances psychoactives, de jeux et d'internet.

Objectifs et contenus

1. Identifier les facteurs de risque de consommation avec ou sans substance chez les personnes autistes.
2. Utiliser les principaux outils de dépistage et d'évaluation de la gravité de la consommation.
3. Connaître les conditions gagnantes soutenant la collaboration entre les intervenants des secteurs en autisme et en dépendance.



SOMMAIRE

 (clicquable)

Introduction	2
Partie 1 Pourquoi dépister systématiquement?	6
Section 1.1 Facteurs de risque et de protection associés à la consommation et à l'abus de substances chez les personnes autistes : état des connaissances	6
Section 1.2 Facteurs de risque et de protection connus pour le développement d'une cyberdépendance chez les personnes autistes	14
Section 1.3 Enquête sur les habitudes de consommation de substances des jeunes adultes autistes	18
Section 1.4 Enquête sur la cyberdépendance des jeunes adultes autistes	22
Partie 2 Quelles sont les conditions gagnantes pour une collaboration ?	26
Section 2.1 Trajectoire de services et collaboration : un continuum à réfléchir pour les personnes ayant un diagnostic de TSA et une dépendance	26
Partie 3 Dépister la consommation chez les personnes autistes?	31
Section 3.1 Outils de dépistage pour la consommation de drogues, alcool et internet chez les adolescents et les adultes	31
Section 3.2 Savoir reconnaître les manifestations d'un trouble du spectre de l'autisme chez les adolescents et les adultes	37
Partie 4 Quelles sont les techniques d'intervention recommandées?	40
Section 4.1 Données probantes	40
Section 4.2 Portrait clinique #1	44
Portrait clinique #2	46
Fiche pratique #1	49
Fiche pratique #2	50
Conclusion	51
Références	52



► Cet ouvrage est né des résultats d'un projet de recherche financé par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines (CRSH) sous la direction de Marie-Hélène Poulin et une équipe de chercheurs ayant une expertise en autisme et en dépendance.

INTRODUCTION

L'idée de ce projet a émergée à la suite de l'annonce du gouvernement fédéral de légaliser le cannabis et de messages d'association québécoise en autisme dont les membres, des parents d'autistes, manifestaient des inquiétudes. En effet, les parents s'inquiétaient que leur adolescent ou jeune adulte utilise davantage le cannabis, dont l'achat et la consommation seraient autorisés par la loi, pour socialiser et contrôler certains symptômes d'anxiété. Ce contexte révèle plusieurs choses dont un changement dans les habitudes ainsi qu'une méconnaissance de cette substance et de ses effets, particulièrement chez les autistes. Une consultation rigoureuse de la littérature pour connaître l'état des connaissances quant aux habitudes de consommation, avec substance (alcool, drogues) ou sans (internet, jeux vidéo) des autistes a permis de mettre en évidence une absence de données québécoises voire canadiennes (sections 1.1 et 1.2). C'est ainsi qu'un sondage en ligne a été diffusé pendant plusieurs mois sur les réseaux sociaux et dans les services concernés à l'aide d'affiches et de dépliants. Ce sondage était composé de plusieurs questionnaires concernant les facteurs ressortis dans la littérature internationale comme étant des variables significatives dans la consommation des jeunes autistes. Les résultats, présentés aux sections 1.3 et 1.4 ont alimenté les discussions d'une communauté d'apprentissage et d'une communauté de pratique composées de chercheurs et de praticiens spécialisés en autisme et en dépendance.

Ces discussions ont mené à plusieurs constats concernant la trajectoire de services qui sont présentés dans la partie 2. Cette partie a aussi été alimentée par les informations recueillies lors de l'animation de groupe de discussion avec des intervenants de ces deux secteurs de services tant du réseau de la santé et des services sociaux que du milieu communautaire et ce, dans trois régions administratives du Québec. Une discordance entre les discours des



familles, des cliniciens et les données de la recherche soulève des questionnements. D'un côté, il a été extrêmement difficile de recruter et de rencontrer des personnes autistes ayant une consommation problématique et le sondage n'a pas révélé une consommation significativement différente de la population générale. D'un autre côté, des parents et des cliniciens rapportent des situations problématiques et dénoncent le manque d'expertise et de services pour les besoins de ces personnes.

Plusieurs hypothèses ont alors émergé comme le manque de dépistage des habitudes de consommation des personnes autistes (section 3.1), le manque de connaissances et de compétences des parents pour encadrer la consommation avec et sans substance, le manque de balises cliniques pour l'intervention spécialisée (reconnaître et considérer l'autisme dans les services en dépendance et vice versa pour la dépendance dans les services en autisme).

Ce guide se veut donc un point de rencontre entre les services pour soutenir le dépistage, la détection et l'intervention auprès des personnes autistes dont les habitudes de consommation pourraient avoir des conséquences problématiques. Les données probantes concernant l'intervention sont naissantes et mériteront plus d'attention dans un avenir proche (partie 4).



Partie 1 Pourquoi dépister systématiquement?

Section 1.1 Facteurs de risque et de protection associés à la consommation et à l'abus de substances chez les personnes autistes : état des connaissances

► **Grace Iarocci**, professeure en psychologie et directrice de la formation clinique à Simon Fraser University (SFU)

► **Madelaine Ressel**, étudiante au doctorat en psychologie à SFU

Jusqu'à récemment, les chercheurs pensaient que les dépendances à l'alcool et aux drogues illicites étaient rares chez les personnes autistes. Bien qu'il n'y ait pas beaucoup de preuves à l'appui de ce point de vue, on supposait que les caractéristiques fréquemment associées aux TSA, comme le penchant à suivre strictement les règles, encadraient l'expérimentation de l'alcool et des drogues chez les personnes autistes. De nouvelles recherches suggèrent toutefois que de nombreuses personnes autistes font l'essai de l'alcool et des drogues à un moment donné de leur vie. De plus, certaines personnes autistes, comme celles ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), pourraient être encore plus susceptibles que leurs pairs de devenir dépendantes de l'alcool ou d'autres drogues.

Cette section donne un aperçu des recherches empiriques menées à ce jour sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues chez les personnes autistes. La section portera sur ce que l'on sait des taux de prévalence et des facteurs de risque et de protection en lien avec l'alcoolisme et la toxicomanie chez les personnes autistes.

Avant de commencer, il importe de garder à l'esprit quelques définitions et statistiques importantes :

► Tout au long de la section, les dépendances à la drogue et à l'alcool seront désignées par l'expression «troubles liés à l'utilisation de substances» (TUS);



- ▶ Les TUS (qui comprennent l'abus de substances, la dépendance et la toxicomanie) sont des états de santé mentale caractérisés par l'utilisation habituelle et/ou compulsive de substances psychotropes en dépit des conséquences sociales, professionnelles, juridiques et/ou médicales néfastes;
- ▶ On estime que 21,6 % de la population canadienne répond aux critères de diagnostic des TUS à un moment donné de sa vie. L'alcool, suivi du cannabis, sont les substances les plus consommées et les plus surutilisées par les Canadiens (Statistiques Canada, 2017);
- ▶ Si la consommation occasionnelle de substances n'est pas nocive en soi et est largement acceptée par la société, certaines personnes sont plus exposées au risque de développer des TUS;
- ▶ Les facteurs de risque connus dans la population générale sont l'isolement social, les problèmes de santé mentale et les antécédents familiaux de TUS.

Aperçu de la recherche actuelle sur la cooccurrence des TUS et des TSA

Compte tenu de l'impression dominante selon laquelle la dépendance est rare chez les personnes autistes, il n'est pas surprenant que les recherches sur le sujet soient assez limitées. Une revue de la littérature réalisée en 2020 n'a trouvé que 26 études portant sur l'usage ou l'abus de substances chez les personnes autistes (Ressel et al., 2020). La plupart de ces études ont porté sur des échantillons ciblés – tels que des personnes traitées dans des hôpitaux psychiatriques ou des personnes aux prises avec le système de justice pénale – plutôt que sur la population générale, et ont été menées en Europe. Aucune étude utilisant un échantillon canadien n'a été relevée.

- ▶ Dans les études qui font état des types de substances consommées, le **tabac**, suivi de **l'alcool**, puis du **cannabis**, ont été mentionnés le plus souvent comme substances de choix chez les personnes autistes.

L'examen a révélé que la prévalence des TUS chez les personnes autistes variait de 1,3 % à 36 %. Les données étant très variées, il n'a pas été possible d'établir une estimation générale de la prévalence. Dans l'ensemble, toutefois, la plupart des études laissent entendre que **la prévalence des TUS est beaucoup plus faible chez les per-**



sonnes autistes que dans la population générale. Certaines études font état de taux de prévalence chez les personnes autistes bien supérieurs à la moyenne (21,6 % dans la population canadienne), mais uniquement en présence de certains facteurs de risque. Compte tenu de la grande diversité des personnes sur le spectre de l'autisme, il semble que certains traits autistes augmentent le risque de développer des TUS, tandis que d'autres le diminuent.

Facteurs de risque et de protection courants

Bon nombre des facteurs connus pour accroître le risque de toxicomanie chez les personnes sans TSA semblent également accroître le risque de consommation et d'abus de substances chez les personnes autistes. Ces facteurs sont les suivants:

- ▶ Antécédents familiaux de TUS (héritabilité et environnement familial)
- ▶ Expériences négatives dans l'enfance
- ▶ Consommation précoce de tabac
- ▶ Détresse psychologique
- ▶ Troubles d'internalisation (tels que l'anxiété et les troubles de l'humeur)
- ▶ Troubles extériorisés (tels que le TDAH et le trouble oppositionnel avec provocation)

En ce qui concerne les facteurs de protection établis dans la population générale, les personnes autistes peuvent également présenter un risque plus faible de consommation et d'abus de substances si elles ont une faible recherche de sensations (ne prennent pas de risques), une déficience intellectuelle et/ou un accès limité aux drogues. Les individus vivant en milieu institutionnel (c.-à-d. les prisons, les maisons de soins infirmiers) sont moins susceptibles d'avoir un trouble concomitant d'abus de substances. Il semble en être de même pour les personnes autistes.



QUELQUES FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS

- ▶ Peu de ressources sociales
- ▶ Désengagement (tendance à se concentrer sur les problèmes et utilisation limitée de stratégies positives comme l'expression des émotions ou l'auto-encouragement)
- ▶ Diagnostic de TSA à un âge plus avancé
- ▶ Difficultés de fonctionnement exécutif
 - ▶ Manque de structure dans les activités de la journée
- ▶ Être une personne socialement motivée
 - ▶ Déficits sociaux perçus

Facteurs de risque et de protection propres à l'autisme

Bien que bon nombre des facteurs connus pour augmenter le risque de toxicomanie dans la population générale semblent également augmenter le risque chez les personnes autistes, la recherche a également identifié un certain nombre de facteurs de risque qui peuvent être plus susceptibles de se produire chez les personnes autistes ou qui leur sont propres.

Diagnostic de TSA : un facteur de risque et de protection

Des études ont montré que le diagnostic de TSA est à la fois un facteur de risque et un facteur de protection dans le développement des TUS. Par exemple, une étude récente portant sur près de 30 000 personnes autistes et ayant des capacités intellectuelles moyennes ou supérieures à la moyenne, ainsi que sur leurs 96 000 proches (parents et fratrie) non autistes, a révélé que le diagnostic d'autisme double le risque de présenter un TUS (Butwicka et al., 2016). Ces résultats ne sont pas nécessairement en contradiction avec des données antérieures montrant un risque de dépendance plus faible chez les personnes autistes, mais plutôt que le risque varie en fonction du niveau de capacité intellectuelle. Il semble que plus le fonctionnement intellectuel augmente, plus le risque de toxicomanie est élevé.

Pourquoi certaines personnes autistes peuvent-elles développer des dépendances ?

La littérature suggère que la consommation de substances psychoactives a un but précis pour certaines personnes autistes. Selon l'hypothèse d'automédication, les gens consomment des substances en raison de leurs propriétés psychotropes, qui peuvent subjectivement atténuer la détresse et augmenter les sentiments de contrôle et de confiance. Dans les études que nous avons examinées, les personnes autistes ont déclaré consommer des substances pour atténuer la détresse et les cognitions négatives et améliorer leur attention et leur concentration. Bien qu'il ne s'agisse pas de symptômes fondamentaux des TSA, les difficultés de fonctionnement



exécutif et la détresse psychologique sont plus susceptibles d'être des problèmes pour les personnes autistes et, par conséquent, d'accroître leur risque de présenter un TUS par rapport à la population générale.



Une autre théorie qui peut expliquer pourquoi certaines personnes autistes peuvent consommer et abuser de substances est l'hypothèse des attentes par rapport à la consommation de substances. Selon cette théorie, les gens font l'essai de substances et puis continuent d'en consommer en fonction de leurs attentes quant aux effets de ces substances. Si l'on applique cette théorie à la population autiste, il semble plausible que ces personnes, plus aptes intellectuellement et motivées socialement, puissent percevoir leurs difficultés sociales et soient donc motivées à consommer des substances dans l'espoir que celles-ci favorisent leur engagement social.

Quelles sont les lacunes de la recherche ?

De nombreux aspects de la consommation et de l'abus de substances chez les personnes autistes n'ont pas encore été étudiés. Le dépistage des TUS est rarement effectué lors des évaluations psychiatriques ou d'ouverture de dossier des services psychosociaux et nous ne disposons toujours pas d'un instrument de mesure clinique des TUS spécifiquement conçu pour être utilisé avec des personnes autistes. Par conséquent, il est possible que les personnes présentant à la fois un diagnostic de TSA et de TUS soient insuffisamment détectées et passent entre les mailles du filet de l'intervention clinique. Une autre préoccupation est qu'il n'y a pas encore eu de recherche sur les interventions en matière de TUS qui répondent aux besoins spécifiques des personnes autistes. Nos expériences cliniques suggèrent que les programmes traditionnels de traitement des TUS en 12 étapes, basés sur des groupes et exigeant l'abstinence, peuvent être particulièrement mal adaptés aux personnes autistes. Il nous faut beaucoup plus de recherches pour



déterminer comment soutenir au mieux les personnes ayant un diagnostic de TSA et de TUS.

Alors, que peut-on faire en attendant ?

1. Posez des questions sur la consommation de substances. Bien que nous ne disposions pas d'une mesure de dépistage spécialisée pour les TUS chez les personnes autistes, de brefs outils de dépistage comme le DEP-ADO et la trousse DEBA, ou même des questions informelles, peuvent être utiles pour déterminer si une personne peut avoir un problème de dépendance.

2. Soyez conscient des facteurs de risque. Les personnes autistes qui ont des antécédents familiaux de consommation de substances, qui ont fumé avant l'âge de 12 ans, qui sont isolées socialement et qui ont reçu un diagnostic de TSA à l'âge adulte peuvent être particulièrement vulnérables à la consommation de substances. Posez des questions sur les facteurs de risque courants de toxicomanie, même chez les clients autistes.

3. Augmentez le soutien et la participation sociale. La plupart des gens (et pas seulement ceux ayant un diagnostic de TSA) se portent mieux lorsqu'ils bénéficient d'un réseau social de soutien et d'activités quotidiennes structurées. Encouragez les relations sociales avec des groupes de pairs positifs. Offrez des possibilités d'activités significatives et valorisantes pendant la journée.

4. Favorisez l'adaptation positive et la flexibilité de la pensée.

5. Allez à la rencontre de la personne là où elle se trouve et adaptez les programmes selon les besoins. Les programmes traditionnels de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ne sont peut-être pas adaptés aux besoins des personnes autistes aux prises avec une dépendance. Trouvez d'autres ressources (comme le counseling individuel) qui pourraient être utiles et élaborer un plan qui répond à leurs besoins.



Questions !

1. Quelle est la prévalence à vie des troubles liés à l'usage de substances (TUS) dans la population canadienne générale?

- a) 16 %
- b) 36%
- c) 1.3%
- d) 21.6%

2. Quelle est la prévalence estimée des TUS tout au long de la vie chez les adultes autistes?

- a) 1.3%
- b) 16%
- c) 21.6%
- d) Non connue

3. Selon les études, lesquels des facteurs suivants, connus pour augmenter le risque de TUS dans la population générale, ont été identifiés comme étant également des facteurs de risque dans le développement de TUS chez les personnes autistes?

- a) Antécédents familiaux de dépendance
- b) Problèmes de santé mentale
- c) Expériences familiales néfastes et manque d'implication de la famille
- d) Consommation précoce de substances
- e) Pression des pairs
- f) a, b, c, d
- g) Toutes ces réponses

4. La littérature suggère qu'un diagnostic de TSA est à la fois un facteur de risque et de protection pour la consommation de substances et les TUS.

- Vrai
- Faux

5. Laquelle des mesures de dépistage des TUS suivantes a été validée pour être utilisée chez les personnes autistes?

- a) Le DEP-ADO
- b) Le DEBA-Alcool
- c) Le DEBA-drogues
- d) Aucune de ces réponses

Découvrez les réponses
en page suivante !





Réponses !

1. Quelle est la prévalence à vie des troubles liés à l'usage de substances (TUS) dans la population canadienne générale?

d) 21.6%

Au Canada, on estime que 21,6 % de la population générale répond aux critères d'un TUS à vie, l'alcool, suivi du cannabis, étant les substances les plus fréquemment utilisées et surconsommées. Les estimations de la prévalence mondiale sur 12 mois varient entre 0 % et 16 %.

2. Quelle est la prévalence estimée des TUS tout au long de la vie chez les adultes autistes?

d) Non connue

En raison des différences entre les études, en termes d'échantillon et de méthodes d'étude, le taux de prévalence général des TUS chez les personnes autistes ne peut être établi et demeure inconnu. Dans les études de prévalence portant sur les niveaux cliniques de l'abus de substances (par opposition à l'usage de substances de façon plus générale), les taux de prévalence signalés de l'abus de substances varient de 1,3 % à 36 % dans l'échantillon des personnes ayant reçues un diagnostic de TSA.

3 Selon les études, lesquels des facteurs suivants, connus pour augmenter le risque de TUS dans la population générale, ont été identifiés comme étant également des facteurs de risque dans le développement de TUS chez les personnes autistes?

f) a, b, c, d

Bien qu'il ait été établi que la pression des pairs est un facteur de risque pour commencer à

consommer et à abuser des drogues dans la population générale, en particulier chez les jeunes, il n'y a pas encore eu de recherche sur la pression des pairs en tant que facteur de risque de TUS chez les personnes autistes. Une étude récente a révélé que le fait d'avoir des amis qui avaient une attitude négative à l'égard des drogues (c.-à-d. qui n'étaient pas en faveur de la consommation de drogues) protégeait les adolescents autistes contre la consommation de substances, ce qui suggère que la pression des pairs peut également servir de facteur de risque pour la consommation de substances dans cette population, mais cela reste à établir.

4. La littérature suggère qu'un diagnostic de TSA est à la fois un facteur de risque et de protection pour la consommation de substances et les TUS.

Vrai

Un diagnostic de TSA a été identifié comme un facteur de protection contre l'usage et l'abus de substances lorsqu'il coexiste avec une déficience intellectuelle, mais comme un facteur de risque lorsque la personne a une intelligence moyenne ou supérieure à la moyenne.

5. Laquelle des mesures de dépistage des TUS suivantes a été validée pour être utilisée chez les personnes autistes?

d) Aucune de ces réponses

Une revue de la littérature jusqu'en 2020 sur les TSA et la consommation de substances psychoactives n'a pas permis d'identifier des mesures d'évaluation ou de dépistage des TUS spécifiquement conçues ou validées pour la population autiste.



Section 1.2 Facteurs de risque et de protection connus pour le développement d'une cyberdépendance chez les personnes autistes

► **Claude L. Normand,**
professeure en psychoéducation
à l'Université du Québec en Outaouais
(UQO)

Traditionnellement, les problèmes de dépendance ont été associés aux substances psychotropes. Par contre, il est de plus en plus reconnu que la dépendance peut se développer sans substance. On parle alors de dépendance comportementale. Les personnes autistes n'en sont pas à l'abri. Pour tout dire, on s'inquiète du temps qu'elles passent sur l'internet et les jeux vidéo.

Qu'est-ce que la cyberdépendance?

Certains critiques considèrent qu'une dépendance à l'internet est un concept trop général (Griffiths, 2017; Király et al., 2014; Leouzon et al., 2019; Paulus et al., 2018; Ryding & Kaye, 2017). Selon eux, il serait plus utile de se demander à quoi est utilisé internet? Le jeu en ligne semble le plus préoccupant. C'est d'ailleurs ce que rapportent les parents de jeunes autistes. Ils s'inquiètent d'une possible dépendance aux jeux vidéo.

L'organisation mondiale de la santé a récemment rendu officiel le diagnostic de dépendance aux jeux vidéo (« gaming ») (World Health Organization, 2018). En Amérique du Nord, on estime que plus de recherche et de données sont nécessaires pour conclure que la dépendance aux jeux vidéo est un diagnostic de trouble mental valide (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Les personnes autistes sont-elles plus à risque?

Certaines caractéristiques communes à plusieurs personnes autistes nous permettent de croire qu'ils pourraient devenir dépendants à l'internet et aux jeux vidéo en ligne. Par exemple, les défis liés à la communication en face-à-face rendent la communication en ligne attrayante. Les tours de parole sont plus structurés, les



internautes ont plus de temps pour réfléchir avant de répondre, et ils n'ont pas de stimuli non-verbaux à décoder s'ils communiquent par audio ou par texte (APA, 2013; Gillepsie-Lynch et al., 2014). Il est aussi reconnu que les autistes ont peu d'amis et sont la cible d'exclusion sociale, alors que le web offre des millions d'amis potentiels (Bauminger & Kasari, 2000; Roth & Gillis, 2015; Seale & Chadwick, 2017; Sweet et al., 2019). Leur intérêt marqué pour l'informatique (Gillepsie-Lynch et al., 2014; Mazurek et al., 2012) pourrait réduire le temps accordé à d'autres tâches ou loisirs, en faveur de temps passé devant l'ordinateur.

De plus, il semble y avoir un lien entre dépendance à l'internet ou jeux vidéo et dépression, anxiété sociale, inattention, impulsivité dans la population générale (Arcelus et al., 2017; Brooks & Longstreet, 2015; De Vries et al., 2018; Gentile et al., 2011; Ko et al., 2012; Romano et al., 2013; Romano et al., 2014). Or on sait qu'une forte proportion de personnes autistes présentent aussi des symptômes ou ont un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de TDA/H (Hollocks et al., 2019; Hsieh et al., 2020; Stewart et al., 2006; Van Steensel et al., 2011; White et al., 2009).

Nous avons mené une recension des écrits pour répondre aux questions suivantes :

- ▶ **Quelle est la prévalence de la cyberdépendance chez les autistes de tout âge?**
- ▶ **Comment se comparent-ils à la population générale?**
- ▶ **Quels facteurs sont associés à la cyberdépendance?**

Qu'en dit la recherche?

Parmi les centaines d'articles scientifiques publiés depuis la fin des années 1990 à mars 2020, dix articles seulement avaient des sujets autistes avec ou sans groupe de comparaison permettant de répondre à ces trois questions (Coskun et al., 2020; Engelhardt et al., 2017; Kawabe et al., 2019; MacMullin et al., 2016; Mazurek & Engelhardt, 2013a, 2013b; Mazurek & Wenstrup, 2013; Paulus et al., 2019; Shane-Simpson et al., 2016; So et al., 2017)

▶ **Échantillons.** Deux articles portaient sur l'utilisation d'internet ou des jeux vidéo par des adultes autistes, et huit avaient ciblé de plus jeunes participants (enfants ou adolescents). Cinq d'entre eux avaient recueilli leurs données à partir du rapport des parents, alors que trois ont fait appel aux jeunes directement pour mesurer leur utilisation d'internet ou de jeux vidéo.



► **Mesures.** La moitié des articles ont mesuré le « gaming », et l'autre moitié, l'utilisation d'internet en général, avec divers instruments de mesure dont les items s'inspiraient des symptômes de dépendance aux substances.

► **Prévalence.** Quatre études ont estimé la prévalence. Chez adultes, la proportion de cas varie de 8% (gaming) à 24% (internet). Chez les enfants et adolescents, cette proportion varie entre 10,8% à 45,5%. La prévalence est plus élevée pour la dépendance à l'internet en général que pour les jeux vidéo spécifiquement, et elle est plus élevée chez les jeunes qui rapportent eux-mêmes sur leur utilisation (et non leurs parents à leur place).

► **Différence.** Des huit études avec un groupe de comparaison de jeunes ou d'adultes sans TSA, six d'entre elles s'accordent sur le fait que les personnes autistes ont des scores plus élevés sur les mesures de cyberdépendance (Coskun et al., 2020; Engelhardt et al., 2017; Kawabe et al., 2019; MacMullin et al., 2016; Mazurek & Engelhardt, 2013b; Mazurek & Wenstrup, 2013; Paulus et al., 2019). Dans les deux autres, les deux groupes ont des scores similaires.

► **Facteurs associés.** Sans surprise, le nombre d'heures passées devant l'écran est associé aux symptômes de cyberdépendance. Mais une étude a conclu que le pourcentage de temps libre dédié aux jeux vidéo est le meilleur prédicteur d'une utilisation problématique.



D'autres chercheurs ont trouvé que plus le premier téléphone cellulaire avait été acquis jeune, plus l'adolescent était sujet à montrer des signes de cyberdépendance. Ce résultat est similaire à celui d'une autre étude selon laquelle des symptômes de dépendance sont liés au nombre d'années d'utilisation d'internet chez les jeunes.

De plus, dans quatre études, on note aussi une association des scores de cyberdépendance avec des symptômes de dépression, inattention, impulsivité, hyperactivité, ou opposition. Une faible estime de soi aurait tendance à être associée à des scores plus élevés de cyberdépendance.



Conclusion

Bien que cela semble préoccuper les parents, le nombre d'heures passées en ligne n'est pas suffisant pour déclarer une cyberdépendance (Jiang, 2018; Laconi et al., 2017; Petry et al., 2014). Plus qu'une utilisation excessive, il y a une souffrance associée.



Avec l'adoption massive des téléphones intelligents, de plus en plus de nos activités requièrent un accès à internet. Ainsi on devrait abandonner l'idée de mesurer une dépendance à l'internet et se centrer sur l'étude de la dépendance aux jeux vidéo (gaming). Il

est à noter aussi que d'autres utilisations d'internet (ex. : études, communication, consommation, recherche d'information) sont plus acceptables socialement que le divertissement, notamment celui qu'offre les jeux de rôle violents proposés par les jeux en ligne à joueurs multiples. Par ailleurs, puisque plusieurs jeux sont conçus pour rester en ligne (ex. : de plus en plus de points gagnés, de plus en plus d'avantages ou de défis par niveaux, punitions si le jeu est abandonné), ils peuvent exacerber les symptômes de dépendance comme jouer plus longtemps que l'on voudrait, manquer de sommeil pour jouer, ou avoir des conflits avec ses proches par exemple.

À l'avenir, nous souhaitons pouvoir mener ou consulter des études longitudinales pour déterminer si la cyberdépendance précède voire cause l'apparition de symptômes de dépression et de solitude rapportés, au lieu du contraire (la dépression et la solitude portent à passer trop de temps en ligne et développer une cyberdépendance!). De plus, seules des études longitudinales nous permettront de comprendre pourquoi certains jeunes deviennent « accro » et d'autres non.



Section 1.3 **Enquête sur les habitudes de consommation de substances des jeunes adultes autistes**

► **Myriam Laventure**, professeure au département des sciences de la santé communautaire au programme d'études et de recherche en toxicomanie

► **Marie-Hélène Poulin**, professeure en psychoéducation de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

La revue systématique des écrits (voir section 1.1) nous a permis de constater l'absence de données concernant la consommation des jeunes autistes canadiens. Il nous a donc paru essentiel de procéder à une collecte de données pour combler cette lacune. Un questionnaire largement utilisé pour dépister la gravité de la consommation a donc été utilisé dans une enquête en ligne en anglais et en français. Le DEP-ADO (voir section 3.1) est un outil de dépistage pour les jeunes de 12 à 18 ans. Comme notre population cible était les jeunes de 16 à 30 ans, il nous a paru justifié d'utiliser cette version et de la modifier pour la rendre adaptée (p.ex. nous avons ajouté le mot travail à la question portant sur l'école afin que ce soit plus représentatif de la situation des jeunes adultes). D'avril à août 2019, le lien du sondage a été diffusé sur les réseaux sociaux et des affiches ainsi que des dépliants ont été distribués dans les milieux concernés (p. ex., CISSS, universités). Soixante-cinq personnes autistes âgés de 16 à 30 ans ($M = 23,3$ ans; $ÉT = 4,3$) attestant avoir reçu un diagnostic de TSA par un professionnel habilité à le faire ont complété le questionnaire. Considérant la spécificité du sujet et la probabilité que les personnes ne se soient pas senties interpellées à compléter un questionnaire sur le dépistage de la consommation s'ils ne considèrent pas avoir une consommation problématique, ce nombre de répondants est très satisfaisant.

Contrairement aux résultats de la revue de littérature, les résultats obtenus rapportent une faible consommation et peu de situations problématiques (voir tableau 1, page suivante).

Portrait des habitudes de consommation des jeunes autistes

Parmi les jeunes de l'échantillon ($N = 65$), la grande majorité ont



une consommation de substances non problématique, soit un feu vert (84,6 %, n = 55), 7,7 % (n = 5) ont une consommation à risque de devenir problématique (feu jaune) et 7,7 % (n = 5) ont une consommation problématique (feu rouge). Au total, c'est donc 15,4 % (n = 10) des jeunes autistes qui rapportent une consommation à risque ou problématique.

► **Tableau 1**



Gravité de la consommation	Sexe		Total (N=65)
	Garçons (n=32)	Filles (n=33)	
Feu vert	81,2% (n = 26)	87,9% (n = 29)	84,6% (n = 55)
Feu jaune	6,3% (n = 2)	9,1% (n = 3)	7,7% (n = 5)
Feu rouge	12,5% (n = 4)	3,0% (n = 1)	7,7% (n = 5)
Moyenne	5,34	4,45	4,89
Écart-type	8,0	5,4	6,8

Ces chiffres peuvent être mis en perspectives en comparant avec les données de l'enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) menée auprès des jeunes de 15 ans et plus de la population générale (avec et sans diagnostic). Selon les résultats de l'année 2017, la consommation de substances des jeunes de 15 à 19 ans est de 59% et de 83% chez les 20 à 24 ans. Plus spécifiquement, la consommation d'alcool est de 21% chez les 15 à 19 ans et de 30% chez les 20 à 24 ans. Pour le cannabis les taux de consommation rapportés sont de 5% (15-19 ans) et 9% (20-24 ans) (Statistiques Canada, 2017). Traoré et al. (2018) ont aussi utilisé le DEP-ADO auprès de jeunes du 5e secondaire et rapportent 89,0 % de feux verts, 6,3 % de feux jaunes et 4,8 % de feux rouges. La gravité de la consom-



tion des jeunes autistes serait donc comparable à celle des jeunes de la population générale.

Selon notre étude, des facteurs sont ressortis comme ayant une incidence sur la consommation et doivent donc être considérés en intervention auprès de ces jeunes selon leur sexe (voir tableau 2, ci-dessous):

► **Tableau 2**

Variables	Différence entre les hommes (n=28) et les femmes (n=32) autistes
Âge	Oui
Âge au moment du diagnostic	Oui
Réseau social	Oui
Motivation sociale	Non
Problèmes cognitifs	Oui
Anxiété	Oui
Dépression	Oui
Irritabilité	Non

L'âge de la personne au moment du dépistage a une incidence sur la gravité de la consommation chez les répondants de l'étude et ce constat est aussi présent dans la population non-autiste. Considérant qu'une consommation problématique se développe graduellement dans le temps, il est logique que le passage des années augmente le risque d'aggravation.

Plusieurs facteurs de risque recensés dans la revue systématique sont confirmés dans notre étude. En effet, chez les filles\ femmes, plus le diagnostic a été posé tardivement et plus elles consomment (sans nécessairement avoir une consommation problématique). De même, la différence selon le sexe est aussi présente dans les



symptômes liés à des problèmes cognitifs (difficultés de fonctionnement exécutif), d'anxiété et de dépression puisque les femmes rapportent des scores plus élevés selon leur consommation. Le peu de ressources sociales est aussi associé à la consommation des femmes. Par ailleurs, des résultats se distinguent comme l'irritabilité (pouvant être liée aux difficultés du fonctionnement exécutif) qui ne présente pas de lien significatif avec la consommation même en contrôlant le sexe des répondants. La motivation sociale, résultat le plus surprenant ne se démarque pas non plus dans nos résultats ni en lien avec la consommation ni selon les sexes. Ceci est surprenant considérant que des études rapportent que l'alcool est utilisé comme un facilitateur dans les contextes sociaux.

Limites de ces résultats

Malgré toute la richesse de ces données, il convient de rappeler que ces données ont été collectées par des questionnaires en ligne et auprès d'un nombre restreint de personnes (N = 65) se déclarant comme ayant reçu un diagnostic d'autisme. Il serait inapproprié de généraliser ces données à toute la communauté autistique canadienne. Par ailleurs, plusieurs professionnels œuvrant avec des clients autistes et qui ont une consommation problématique ainsi que des parents se sont dit très surpris de ces résultats. Il est possible de croire que des personnes qui ont une consommation problématique n'ont pas complété le questionnaire mais cela reste à vérifier par une enquête plus vaste et réalisée en entrevue.



Section 1.4 **Enquête sur la cyberdépendance des jeunes adultes autistes**

► **Claude L. Normand,**
professeure en psychoéducation
à l'Université du Québec en Outaouais
(UQO)

Pour faire suite à la recension des écrits, il paraissait pertinent de faire notre propre collecte de données sur l'utilisation d'internet et des jeux vidéo auprès d'adolescents et de jeunes adultes autistes. Notre recension des écrits indiquait que les personnes autistes étaient plus sujettes à montrer des signes de cyberdépendance que les non-autistes (Normand et al., 2021). Conséquemment, nous avons d'abord tenté d'estimer la proportion des jeunes autistes qui afficheraient une dépendance à l'internet ou aux jeux vidéo. Ensuite, certaines études nous portaient à croire que la cyberdépendance pourrait augmenter à l'adolescence, et s'estomper à l'âge adulte (Leouzon et al., 2019). Ou encore, que les personnes de sexe masculin passaient plus de temps à jouer aux jeux vidéo (Engelhardt et al., 2017). Enfin, notre recension des écrits suggérait qu'il y avait un lien entre l'inattention, la dépression, et l'utilisation problématique d'internet ou des jeux vidéo (Arcelus et al., 2017; Brooks & Longstreet, 2015; De Vries et al., 2018; Gentile et al., 2011; Ko et al., 2012; Romano et al., 2013; Romano et al., 2014). Ainsi, nous avons testé s'il y avait un lien entre une cyberdépendance et d'autres variables telles l'âge, le genre, ou la présence d'autres troubles de santé mentale, notamment l'anxiété, l'inattention ou la dépression.

Méthode

Procédure et participants: À l'aide des réseaux sociaux et d'organismes offrant des services aux personnes autistes à travers le Canada, nous avons recruté 63 jeunes de 16 à 30 ans (moyenne d'âge = 23 ans), dont un peu plus de la moitié étaient des jeunes femmes (34 femmes et 29 hommes). Un formulaire de consentement et un questionnaire ont été remplis en ligne, en français ou en anglais. Parmi les données sociodémographiques recueillies, les répondants devaient entre autres confirmer qu'ils avaient reçu un diagnostic de



SIGNES DE CYBERDÉPENDANCE

- ▶ Difficulté à arrêter son utilisation d'internet
 - ▶ Se faire dire qu'on devrait réduire le temps passé en ligne
 - ▶ Manquer de sommeil à cause d'internet
 - ▶ Négliger ses obligations quotidiennes
 - ▶ Soulager sa tristesse en allant sur internet
- ▶ L'utilisation des jeux vidéo a été estimée à l'aide d'un test comportant 10 items (IGDT-10; Király et al., 2017), qui correspondent aux critères suggérés d'un trouble de gaming (gaming disorder) tel que proposé dans la 5^e édition du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (APA, 2013). La présence de cinq symptômes ou plus indiquerait un trouble.

TSA d'un professionnel de la santé et cocher s'ils avaient d'autres troubles de santé mentale diagnostiqués. Ainsi, 38,8% d'entre eux avaient un trouble anxieux, 35,8% un déficit d'attention et 29,9% un diagnostic de dépression.

Instruments de mesure de cyberdépendance : Les instruments choisis sont largement utilisés en recherche et ont été validés dans plusieurs langues, dont l'anglais et le français. L'utilisation problématique d'internet a été mesurée par un questionnaire à 5 items (voir ci-contre) (CIUS-5; Besser et al., 2017). Pour chaque item, une échelle à 5 points était proposée, allant de jamais (0) à très souvent (4). Les réponses rarement et parfois se voyaient attribuer un score de 1, alors que les choix de réponse souvent et très souvent obtenaient un score de 2. Ainsi, un individu ayant un score au-dessus de 9 est considéré un cas probable de dépendance à l'internet.

Résultats

Six sujets sur 63 (soit 9,3%) semblaient difficilement se passer d'internet, alors que ce sont deux participants (soit 3%) qui ont franchi le seuil clinique du trouble de gaming. Aucune association entre ces variables ou l'âge, le genre ou les autres troubles mentaux n'a pu être détectée, probablement faute de puissance statistique.

Discussion

Il y a deux façons de mettre ces résultats en perspective. Idéalement, il aurait fallu avoir des répondants non-autistes du même genre et du même groupe d'âge, provenant des mêmes régions du Canada pour savoir si nos sujets avec un TSA sont proportionnellement plus nombreux à franchir les seuils cliniques de dépendance à l'internet ou aux jeux vidéo. À défaut de quoi, on peut faire appel aux études qui ont été menées par d'autres chercheurs.

Rappelez-vous que notre recension des écrits avait relevé des proportions de 10,8% à 45,5% de dépendance à l'internet auprès de sujets autistes de 6 à 19 ans. Une seule étude auprès de jeunes adultes



(18-37 ans) autistes et non-autistes a été publiée (Shane-Simpson et al., 2016) Étonnamment, les chercheurs ont trouvé un score préoccupant de dépendance à l'internet dans une proportion identique de 24% chez leurs sujets autistes et non-autistes.

Quant à l'utilisation problématique des jeux vidéo, la seule étude comparable avait trouvé 3 jeunes adultes autistes sur 59 pouvant être identifiés comme ayant ce problème (Engelhardt et al., 2017), ce qui est somme toute assez similaire à nos données (2 sur 63). Si on compare ces résultats aux taux de cyberdépendance dans la population générale, ces proportions s'étendent de 1 % à 26,8 % dans une recension de 41 études sur le sujet (Sussman et al., 2018). Par contre, la moitié de ces études rapportait une proportion de 2 % ou moins, et l'autre moitié, de plus de 2 %. Il est donc difficile de se prononcer à savoir si les jeunes adultes autistes de notre échantillon affichent un taux plus ou moins élevé de dépendance à l'internet ou aux jeux vidéo.



De toute évidence, il faudra plus de recherche, auprès d'un plus grand nombre d'autistes et de non-autistes, avec des mesures fiables, pour arriver à estimer la prévalence de la cyberdépendance dans cette population. En outre, faute d'avoir suffisamment d'utilisateurs problématiques, nous n'aurons pas la puissance statistique pour détecter les facteurs associés au développement d'une dépendance chez les uns, et une utilisation d'internet ou des jeux non-problématique. Ceci limite l'efficacité des tentatives de prévention, lorsqu'on ne sait pas exactement quels facteurs ou quelles personnes cibler pour avoir un impact réel.

Les téléphones intelligents, qui se transportent dans une poche, nous suivent partout, et sont constamment branchés à l'internet offrent une panoplie de fonctions dont il peut être de plus en plus difficile de se passer. Constaté que de jeunes adultes autistes sont en ligne pendant toutes leurs heures d'éveil, et que les jeux vidéo ou



la poursuite d'intérêts en ligne se font au détriment de toute autre activité de loisir est certes préoccupant. Il demeure néanmoins important de nuancer ce qui constitue une dépendance d'une utilisation presque constante. La dépendance suscite de la préoccupation, de l'anxiété, de l'irritabilité, une perte de contrôle, la négligence de ses tâches et relations sociales, le mensonge, et la détérioration de relations et activités qui avaient de l'importance auparavant (APA, 2013).

De plus en plus de Québécois reconnaissent qu'ils ont effectivement certains de ces symptômes de dépendance envers les jeux vidéo ou l'internet et tentent d'aller chercher de l'aide pour se défaire de cette dépendance, distincte de la dépendance aux jeux de hasard et d'argent. Ces services restent à développer.

► Pour accompagner les personnes dépendantes aux jeux vidéos, à Internet, aux réseaux sociaux, autistes ou non, il convient de développer des services.





Partie 2 **Quelles sont les conditions gagnantes pour une collaboration ?**

Section 2.1 **Trajectoire de services et collaboration : un continuum à réfléchir pour les personnes ayant un diagnostic de TSA et une dépendance**

► **Nadia L'Espérance, Ph.D.**

Chercheure en établissement

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Membre régulier du RISQ

Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec

Membre régulier de l'IUD

Institut universitaire sur les dépendances

Professeure associée au département de psychoéducation - UQTR

► **Bibiane Girard**

Éducatrice

Services de réadaptation en dépendance de Shawinigan

CIUSSS MCQ

► **Mélanie Perreault, Coordonnatrice clinique des services spécifiques et spécialisés en DI-TSA 8-21 ans**

Secteur Drummondville et Arthabaska-Érable

CIUSSS MCQ

De 1,3 % à 36 % des personnes ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) présenteraient un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) (Ressel et al., 2020). Au Québec, 0,3% des personnes présentant un diagnostic de trouble lié aux substances présenterait aussi un diagnostic de TSA (INSPQ, 2020). Bien que plusieurs acteurs se mobilisent pour mieux comprendre les besoins des personnes ayant un TSA et présentant une dépendance, il y a encore très peu de connaissances sur les facteurs influençant leurs habitudes de consommation d'alcool, de drogues, d'Internet et de jeux et peu de connaissance sur des interventions adaptées pour ces personnes (Ressel et al., 2020). De plus, les connaissances actuelles de la condition autistique justifient les inquiétudes, car certains traits particuliers (p.ex., isolement social causé par les difficultés de communication et d'interaction) sont susceptibles de les rendre plus vulnérables à développer une consommation problématique avec ou sans substances. Il semble important de développer les collaborations et ajuster les trajectoires de services afin que ces individus puissent revoir une aide mieux adaptée à leurs conditions, à leurs besoins. Dans le cadre de focus group menés chez d'intervenants œuvrant auprès de personnes présentant à la fois un diagnostic de TSA et une dépendance, les propos rapportés ont mis en lumière l'absence de trajectoire de services ou de lignes directrices formelles permettant le dépistage, l'évaluation et la prise



en charge des deux conditions simultanément dans le cadre de leur suivi (Poulin et al., 2020). Les objectifs du présent article sont donc :

- ▶ de fournir un bref état des connaissances de la compréhension que nous avons du concept de trajectoire de services et de collaboration dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec;
- ▶ d'illustrer, par l'entremise d'une vignette clinique, une initiative de travail de collaboration entre deux intervenantes œuvrant auprès de cette clientèle. Cette vignette clinique offre quelques pistes pouvant mener à l'amélioration du continuum de services éventuellement.

Trajectoire de services

Bien que le concept de « trajectoires de soins et services » soit apparu au milieu des années 1980 aux États-Unis et en Angleterre, au Québec, l'implantation des trajectoires a vu le jour à la suite de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux en 2015 dans le but de favoriser une meilleure intégration des soins et des services pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services (Thiebaut et al., 2020).

Le Guide de gestion par trajectoire (MSSS, 2020 cité dans Thiebaut et al., 2020) a élargi le concept afin de mieux intégrer les sphères sociales et de santé. Ainsi, une trajectoire correspond à : « une portion du parcours (un ensemble d'interventions et d'épisodes de soins) d'un regroupement d'usagers ayant une condition clinique ou un profil similaire. La trajectoire intègre de manière transversale les mécanismes d'accès, les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation/d'investigation/d'orientation, de traitement, de suivi/accompagnement et de soutien en fin de vie. Les séquences de la trajectoire découlent des interventions et actions qui nécessitent une coordination en interdisciplinarité avec les usagers, leurs proches, les intervenants et les partenaires à l'intérieur d'un continuum de soins et de santé sur le territoire de desserte ».

En outre, des CISSS et CIUSSS au Québec ont développé un modèle



de gestion par trajectoire de services (Équipe accès et trajectoire de soins du CIUSSS NIM, 2019) ou encore un processus clinique (CIUSSS MCQ, 2018) qui couvre l'ensemble du continuum de soins et service qui pourrait être requis par une personne. En MCQ, le processus clinique, bien qu'il s'apparente au concept de trajectoire, « est l'ensemble des opérations visant, sur une base personnalisée, la détermination des besoins de l'utilisateur et de ses proches, des priorités d'intervention, des moyens et stratégies d'intervention et du suivi des actions entreprises...Le processus clinique peut être de très courte durée, lors d'intervention ponctuelle, de moyenne ou de longue durée ». (CIUSSS MCQ, 2018). Enfin, le processus est guidé par des principes directeurs misant, entre autres, sur la référence ou la collaboration.

De la même façon, au sein d'une même trajectoire, certains emprunteront un parcours linéaire d'autres impliqueront plusieurs services, secteurs ou professionnels. Inévitablement, les enjeux de collaborations seront rencontrés, et ce, du début à la fin de la trajectoire.

Collaboration

La collaboration comporte autant de concepts que de définitions (collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle, intersectorielle, concertation...). Toutefois, il y a des mots clés qui reviennent d'une définition à l'autre: soins partagés, partenariat, objectifs communs, partage de ressources. Pour le CCLT (2015) la collaboration correspond à toute forme d'entreprise qu'il s'agisse de soins partagés, de soins en collaboration, d'un partenariat, d'un réseau de coalition communautaire ou de diverses formes d'intégration qui vise à favoriser l'atteinte d'un objectif commun comparativement à une personne ou une organisation agissant seule. Pour Bertrand et al. (2014), la collaboration semble suivre un continuum qui peut se décliner en trois types de collaboration, allant d'une collaboration minimale (référence avec ou sans accompagnement) jusqu'à une intégration de services en cours de suivi.



Le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI), pour sa part, propose un continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux où le partenariat avec la personne transcende l'ensemble du continuum. Différents types de collaboration (interdisciplinaire, multidisciplinaire) sont appropriés selon le contexte et la situation de la personne.

La vignette clinique suivante illustre une collaboration visant la mise en place de stratégies permettant de mieux répondre aux besoins d'une personne autiste présentant un trouble lié à l'utilisation de substances.

Vignette clinique

Exemple d'une collaboration

Mario est un jeune homme âgé de 21 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme. Il consomme de l'alcool et du cannabis quotidiennement. Il habite chez ses parents et travaille à temps partiel dans un organisme communautaire. Mario reçoit des services en DI-TSA. Sous la recommandation de son intervenante des services DI-TSA, Mario a effectué une demande d'aide aux services en dépendance pour la problématique de consommation. Dès l'évaluation, l'intervenante en dépendance a identifié le besoin d'offrir un traitement en hébergement afin de procéder à un arrêt d'agir de 21 jours et poursuivre son suivi en externe afin de bien consolider ses acquis. Toutefois, Mario présente des difficultés de compréhension et d'application des consignes. Il présente également des difficultés à fonctionner en groupe. Afin de répondre aux besoins de

Mario, les intervenantes des deux secteurs ont décidé de convenir ensemble d'un plan d'intervention qui permettrait de tenir compte des deux conditions (TSA et dépendance). Bien qu'elles aient offert leurs services en parallèle, des communications fréquentes entre elles, avec le consentement de Mario, a permis de démystifier les deux conditions dont l'influence de l'une sur l'autre.

► Cette collaboration a permis d'identifier ses besoins et d'ajuster l'intervention à ses capacités, ses choix et son rythme de cheminement. Au terme de la démarche, bien que Mario ait eu besoin d'un suivi un peu plus long, lui et son entourage ont constaté son rétablissement qui a contribué au maintien de son abstinence, à la qualité de son sommeil, son assiduité au travail et moins d'enjeux relationnels.



Cette vignette devrait être l'une parmi d'autres permettant de faire l'objet d'analyse en vue de dégager une trajectoire de service optimale pour ces personnes. Il serait ainsi possible d'identifier le processus de dépistage, d'évaluation et de traitement de ces personnes en plus d'établir les moments et les types de collaboration requis selon la complexité de la situation.

► **Correspondance**

Nadia L'Espérance

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

DEURI

1025, rue Marguerite-Bourgeoys

Trois-Rivières, Québec G8Z 3T1

819-376-3984 poste 12370

Courriel: nadia_lesperance@ssss.gouv.qc.ca



Partie 3 **Dépister la consommation chez les personnes autistes?**

Section 3.1 **Outils de dépistage pour la consommation de drogues, alcool et internet chez les adolescents et les adultes**

La DEP-ADO[®] RISQ, 2016

► **Myriam Laventure**, professeure au département des sciences de la santé communautaire au programme d'études et de recherche en toxicomanie

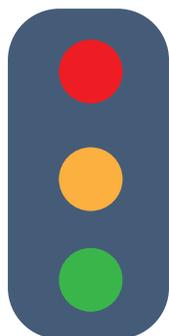
► **Bibiane Girard**, éducatrice spécialisée aux services de réadaptation en dépendances du CIUSSS MCQ pour la clientèle adulte présentant un problème de toxicomanie, alcool, drogue, jeu et cyberdépendance

La Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents, communément appelé la DEP-ADO est un questionnaire bref qui permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les jeunes et de faire une première détection de la consommation problématique ou à risque.

La DEP-ADO est administrée par un intervenant et se fait en entrevue face à face. Composée de 7 questions, sa passation est d'environ 15 minutes et de 1 à 2 minutes pour la correction. Les questions portent sur la nature des substances consommées, la fréquence de la consommation, l'âge de la première consommation et du début de la consommation régulière. La DEP-ADO évalue également la présence de consommation abusive, d'injection et des conséquences associées à la consommation. Lors de la passation de la DEP-ADO, l'intervenant inscrit les réponses directement sur la grille, aux endroits indiqués. Les trois colonnes situées à droite de la grille, réservées à l'intervenant, renvoient à trois facteurs (alcool et cannabis, autres drogues et conséquences) et servent à l'attribution des scores. Le calcul des scores est effectué immédiatement après la passation du questionnaire, à l'aide de la grille de cotation.

 **Pour en savoir plus sur la DEP ADO...**

La grille de cotation permet de calculer un score qui indique à l'intervenant la gravité de la consommation. Un score de 13 et moins



représente une consommation non problématique, dite feu vert. Un score entre 14 et 19 représente un problème de consommation émergent, dit feu jaune. Un score de 20 et plus représente la présence d'une consommation problématique, dite feu rouge.

Ces scores indiquent s'il y a lieu de faire une intervention ou une référence à un organisme de première ligne ou un organisme spécialisé en toxicomanie. Ainsi, un jeune dont les résultats indiquent un feu vert ne nécessite pas d'intervention en lien avec sa consommation sinon une intervention préventive universelle. Un jeune dont le score indique un feu jaune nécessite une intervention précoce ou une intervention préventive ciblée. Un jeune dont le score indique un feu rouge nécessite une intervention spécialisée en dépendance où une évaluation plus exhaustive serait réalisée.

Il est aussi possible d'utiliser les trois facteurs (alcool et cannabis; autres drogues; conséquences) pour évaluer le classement par centiles du degré de sévérité de la consommation d'un jeune par rapport à la consommation des autres jeunes selon le sexe (garçons et filles) et selon son âge. Pour effectuer cette opération, il suffit de repérer où se situe le jeune, en fonction du groupe d'âge et du sexe, dans les tables de conversions. Il s'agit alors de convertir le score brut factoriel en cote centile pour savoir comment le jeune se situe pour chacun des facteurs. La même opération peut se faire pour le score total.



Attention, la DEP-ADO ne sert pas à émettre un diagnostic. Il s'agit plutôt d'un instrument de détection servant à estimer la gravité de la consommation d'alcool ou de drogues afin d'orienter l'adolescent vers des services appropriés. Par conséquent et d'un point de vue éthique, il est important, lorsque la DEP-ADO est utilisée, de s'assurer qu'en cas de besoin les ressources sont disponibles.



Pour en savoir plus
sur la DÉBA -ALCOOL/
DROGUE...

DÉBA-Alcool/Drogue et DÉBA-Jeu

Le DÉBA-Alcool/Drogue (Tremblay et al., 2000) permettent de classer la gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues chez les adultes. Il s'agit de deux outils de dépistage, un pour la consommation d'alcool (DÉBA-A) et l'autre pour la consommation de drogues (DÉBA-D). Or, tant le DÉBA-Alcool que le DEBA/Drogue fournissent une évaluation permettant d'établir le plan d'intervention pour les services de première ligne, d'où son nom « Dépistage/Évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues. » Le DÉBA-A/D permet d'orienter les personnes vers un niveau de service approprié à la sévérité de leur problématique de consommation :

- ▶ vers les services de première ligne (ex : les CSSS mission CLSC) pour les individus présentant une consommation à risque et problématique ;
- ▶ vers les services spécialisés pour les consommateurs abusifs ou dépendants (ex. : centres publics de réadaptation en toxicomanie).

- ▶ Abstinents
- ▶ À faible risque
- ▶ À risque
- ▶ Avec une consommation causant divers problèmes
- ▶ Pouvant possiblement recevoir un diagnostic de TUS

Le DÉBA-A/D utilise en série des tests déjà existants ayant été validés. Il s'appuie sur une classification en cinq catégories des utilisateurs de substances psychoactives (SPA).

Cet outil évalue trois grands concepts :

- ▶ la fréquence de consommation d'alcool, de médicaments non-prescrits et de drogues
- ▶ le degré de dépendance envers les SPA
- ▶ les conséquences négatives qu'ils ont occasionnées au cours de la dernière année.

Actuellement conçu pour être administré par l'intervenant (mode face-à-face), il est disponible en format papier/crayon, en version informatisée dans BatterieQuest et disponible en français et en an-



glais. Il peut aussi être administré en télépratique lors d'une rencontre virtuelle ou téléphonique mais le mode face-à-face doit être privilégié autant que possible.



Le DÉBA-A/D est un instrument qualifié « d'aide à la décision clinique ». D'une part, il permet de détecter les personnes présentant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues pour les orienter vers un niveau de service approprié. D'autre part, le DÉBA-A/D est une évaluation de première ligne donnant des indications quant aux interventions cliniques pour les personnes orientées vers un service de première ligne.

Au DÉBA-A/D s'ajoute la grille de détection du DÉBA-JEU qui permet d'identifier rapidement les personnes susceptibles de présenter des problèmes de jeu en émergence ou pathologique. Elle favorise une orientation de ces personnes vers les services appropriés. C'est un outil développé et validé au Québec, il est rapide à administrer. Bien que l'outil ne fournisse pas de piste clinique, il permet d'identifier rapidement les personnes susceptibles de présenter un problème de jeu en émergence ou pathologique.

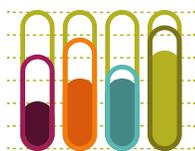
Semblable aux autres DEBA, il peut être administré par l'intervenant ou en version auto-administrée. Il est disponible en format papier/crayon, ainsi qu'en français et en anglais.



DÉBA-Internet version 1.0 (2019)

Dépistage et Évaluation du Besoin d'Aide (DEBA)-Internet

Le DÉBA-internet a été créé dans le but de répondre à une demande grandissante de services provenant de personnes ayant une utilisation problématique des écrans, souvent reliés à Internet. Le questionnaire est très bref et l'interprétation est binaire (positif/négatif) : si le score dépasse le seuil, il est recommandé de référer l'individu à un service qui pourra procéder à une évaluation plus exhaustive de la problématique et offrir les services appropriés.



- Le score peut aller de 0 à 100.
- Un score de 39 correspond au seuil de détection. Donc, un score de 39 et plus nécessite une référence auprès du service spécialisé pour une évaluation approfondie.
- La question 2 compte pour 40 points, les questions 3 à 6 comptent pour 10 points chacune et la question 7 compte pour 20 points (il est nécessaire de multiplier par deux le score obtenu qui est sur 10).
- Au cours des prochaines années, l'équipe de recherche travaillera à développer une version permettant de classifier l'utilisation en trois niveaux de sévérité.

Description de l'outil

Cet outil explore les concepts suivants : - Les habitudes d'utilisation - Le temps consacré à l'utilisation - La poursuite de l'activité malgré la fatigue et l'épuisement - L'utilisation dans le but de gérer les émotions négatives - La perte de contrôle de l'utilisation - La perception extérieure de l'utilisation de la part des amis ou de l'amoureux(se). Le DÉBA-Internet a été développé en identifiant les items ayant la meilleure sensibilité et spécificité en comparaison à l'entrevue diagnostique Web-Ado. L'échantillon était composé de 89 jeunes âgés en moyenne de 19,7 ans (min. = 16 ans; max = 29 ans).

Format, modalités d'utilisation et temps de passation

Actuellement conçu pour être administré par l'intervenant en mode face-à-face, il est disponible en format papier, soit en français ou en anglais. Le temps de passation de l'outil est estimé à quelques minutes et tous les intervenants des différents milieux susceptibles d'être en contact avec des personnes présentant une utilisation problématique d'Internet peuvent l'utiliser. Aucune formation n'est requise pour procéder à la passation de l'outil auprès d'un client, toutefois, il est recommandé d'être attentif à la pondération des questions pour procéder à la cotation finale.



Avantages

L'outil est rapide et facile à utiliser, il permet une détection simple de l'utilisation problématique d'Internet. Il donne un aperçu des habitudes d'utilisation et le seuil de détection est clair et préétabli.

Inconvénients

Il ne permet pas de dresser un portrait complet de l'utilisation et ne propose pas de piste d'intervention clinique mis à part la référence si le seuil est dépassé. La détermination du score final nécessite une attention particulière à la pondération accordée à chaque question.

Droits d'utilisation

Outil du domaine public (aucun frais d'utilisation). Outil pouvant être téléchargé en français et en anglais à partir du site du RISQ : www.risqtoxico.ca



Tous les outils de la trousse DEBA et la DEP-ADO ne requièrent pas de formation obligatoire. Par ailleurs, la formation permet de mieux utiliser l'outil lors de la passation afin d'éviter de biaiser les réponses de la personne, entre autres. Chaque centre de réadaptation (CRD) des CISSS et CIUSSS ont un formateur identifié et il peut même y avoir plusieurs formateurs par CRD. Une demande de formation peut être faite par des organismes communautaires, scolaires ou autres auprès d'un CRD afin de recevoir la formation pour les membres de leur personnel intervenant. Pour administrer cet outil à une personne autiste, une bonne connaissance des caractéristiques de cette condition est nécessaire.



Section 3.2 **Savoir reconnaître les manifestations d'un trouble du spectre de l'autisme chez les adolescents et les adultes**

Dans le cadre de la recherche «Partenariat autisme et dépendances», des intervenants du secteur des services destinés aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont indiqué qu'ils avaient peu de repères pour dépister un problème de dépendance chez ces personnes. Réciproquement, les intervenants des services destinés aux personnes ayant un problème de dépendance indiquaient qu'ils étaient peu ou pas outillés pour dépister un TSA au sein de leur clientèle. En fait, les outils de dépistage du TSA visent le plus souvent les enfants en bas âge. L'importance d'intervenir de façon précoce en vue de réduire les impacts du TSA a fait en sorte que les efforts de recherche ont portés principalement sur les outils de dépistage et de diagnostic devant être utilisés au cours de l'enfance. L'intérêt pour le dépistage et le diagnostic du TSA chez les adolescents et les adultes est donc relativement récent.

Les critères diagnostiques du TSA réfèrent principalement à des difficultés dans les domaines de la communication et des interactions sociales ainsi qu'au caractère restreint ou stéréotypé des comportements, des intérêts ou des activités. Si, de prime abord, les caractéristiques diagnostiques du TSA peuvent paraître bien circonscrites, ses manifestations comportementales peuvent varier grandement d'un individu à l'autre. De plus, la présence simultanée d'autres diagnostics comme le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), la déficience intellectuelle (DI) ou un trouble de l'anxiété étant relativement fréquente, il peut devenir difficile de repérer les manifestations comportementales spécifiques au TSA.

Enfin, on doit considérer que, chez un même individu, ces manifestations peuvent varier au fur et à mesure de l'avancement en âge.

► **Germain Couture**, agent de planification, de programmation et de recherche
Chercheur en établissement
Direction de l'enseignement universitaire de la recherche et de l'innovation
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Institut universitaire en DI et TSA

► **Mélanie Perreault**, coordonnatrice clinique des services spécifiques et spécialisés en DI-TSA 8-21 ans
Direction des services DI-TSA-DP
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Institut universitaire en DI et TSA



Section 3.2

DES STRATÉGIES DE CAMOUFLAGE

Selon certains auteurs (Bargiela, Steward et Mandy, 2016), ces stratégies de «camouflage» seraient plus particulièrement utilisées par les femmes alors que d'autres ne rapportent pas de différences significatives selon le sexe des personnes autistes (Cage et Troxell-Whitman, 2019). Comme le soulignent ces derniers auteurs, l'utilisation de telles stratégies n'atténue pas l'anxiété ressentie par les personnes autistes à travers leurs interactions sociales, de telle sorte que l'évitement social demeure l'une des manifestations prédominantes du TSA à l'âge adulte.

Ainsi, chez des personnes autistes sans DI, des difficultés de communication présentes à la petite enfance peuvent s'estomper graduellement et devenir beaucoup moins apparentes à l'âge adulte (Magiati et al., 2014). Aussi, des études indiquent que les traits relatifs aux intérêts restreints ou aux comportements stéréotypés de même que les difficultés langagières tendent à s'atténuer avec le temps alors que les difficultés dans les interactions sociales tendent, quant à elles, à se maintenir à l'âge adulte (Huang et al., 2020).

En fait, certains auteurs proposent que, dès l'adolescence, certains individus autistes tendent à imiter les comportements sociaux neurotypiques et à tenter de contrôler des traits qu'ils croient être moins appropriés lors de leurs interactions sociales (Schneid et Raz, 2020). Tous ces éléments font en sorte que le dépistage du TSA chez les jeunes adultes demeure relativement complexe. L'évitement social, la difficulté à décoder les émotions de l'autre et à exprimer les siennes ou encore la rigidité dans les routines quotidiennes caractérisent généralement assez bien les personnes autistes. Cependant ces caractéristiques peuvent aussi bien être présentes chez beaucoup d'autres adultes. Ce qui rend un dépistage efficace d'autant plus difficile. Des revues systématiques des outils de dépistage et de diagnostic du TSA utilisés chez les adolescents et les adultes (Hirota et al, 2018; Wigham et al, 2019), rapportent que la presque totalité des questionnaires auto-rapportés utilisés pour le dépistage présente une très faible spécificité: une partie importante des personnes qui affichent un résultat suggérant la présence d'un TSA s'avèrent de faux-positifs lors d'une évaluation diagnostique complète.

Malgré tout, le «Autism-Spectrum Questionnaire» (AQ - Baron-Cohen et al., 2001) figure parmi les questionnaires de dépistage les plus répandus. Traduit et adapté dans plusieurs langues dont le français (Lepage et al., 2009), le AQ est un questionnaire au-



Section 3.2

to-administré composé de 50 énoncés. La validation de la version francophone indique des propriétés psychométriques à peu près équivalentes à celles de la version originale avec une identification correcte de près de 80% des individus ayant un diagnostic de TSA mais aussi avec environ 30% de faux-positifs dans l'échantillon de validation.



Le AQ peut donc s'avérer un outil utile au dépistage du TSA chez les adolescents et les adultes sans DI, mais il ne peut se substituer d'aucune façon à des outils d'évaluation diagnostique reconnus. Comme le souligne Fombonne (2020) plusieurs énoncés d'outils de dépistage concernant par exemple le contact visuel, la maladresse dans les interactions ou l'évitement social réfèrent aussi à d'autres diagnostics que le TSA comme, par exemple, le trouble d'anxiété sociale. Dans le contexte de l'intervention auprès de personnes ayant un problème de dépendance, l'utilité de l'AQ réside donc essentiellement dans le fait qu'il peut donner à un intervenant une indication sur la pertinence ou non de considérer la présence de caractéristiques du TSA chez un usager. Le TSA étant un diagnostic émis par élimination, il demeure important, suite à un dépistage, de procéder à l'évaluation par des professionnelles qualifiées afin d'investiguer les critères diagnostiques, les impacts sur le fonctionnement de la personne et s'assurer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par d'autres conditions.



Partie 4 **Quelles sont les techniques d'intervention recommandées?**

Section 4.1 **Données probantes**

► **Marie-Hélène Poulin**, professeure en psychoéducation de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

► **Kelly Tremblay**, doctorante en sciences de l'éducation, UQAT

Une fois la recommandation de dépister systématiquement la consommation d'une personne autiste (Haasbroek et Morojele, 2021; Kunreuther, 2021; Lalanne et al., 2015) dans les services en trouble du spectre de l'autisme (TSA) mise en place et le repérage débuté, quelles sont les interventions recommandées pour accompagner un adulte autiste dans le traitement de la dépendance et le processus de réadaptation qui s'en suivent? Il semble évident que la concomitance d'un TSA et d'une dépendance peut augmenter la complexité du traitement ou du moins, doit être considérée dans sa planification. Par ailleurs, qu'en est-il de l'état des connaissances à ce jour sur les meilleures pratiques?

Considérant que la condition autistique sans déficience intellectuelle est un facteur de risque à la consommation problématique de substances (Ressel et al., 2020), comment cela se traduit dans l'intervention. Il faut d'abord comprendre que cette vulnérabilité s'explique en partie par les difficultés d'interactions sociales et de communication ainsi que les conditions fréquemment associées (dépression, anxiété, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité). Les stratégies d'adaptation des personnes autistes ayant un trouble de l'usage des substances (TUS) diffèrent de celles des personnes ayant un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) qui présentent également un TUS. L'étude de Kronenberg et al. (2015) auprès de 50 personnes présentant un TUS sans autres conditions associées, 41 personnes présentant un diagnostic de TDAH et de TUS ainsi que 31 personnes autistes présentant aussi un TUS soulignent que les personnes autistes ont des particularités dans les stratégies adaptatives qui diffèrent des personnes ayant



d'autres conditions. En effet, leurs résultats soulignent que les personnes autistes qui ont un TUS rapportent davantage de réactions passives (p.ex. ruminations, reculer, se retirer, incapacité à faire quelque chose face à une situation, réfléchir), moins de pensées rassurantes (p.ex. auto-encouragement, se calmer en pensant que des mauvaises situations peuvent se produire) et expriment moins leurs émotions (p.ex. se défouler, exprimer son mécontentement ou sa colère) (Kronenberg et al., 2015). Selon ces auteurs, en intervention avec les personnes autistes, réduire la consommation de substances devrait être un objectif premier puisque la consommation est connue pour augmenter la passivité. Pourtant, des bénéfices concernant la socialisation pourraient aussi motiver la consommation, il faut donc une approche globale.



Selon une étude norvégienne menée auprès de quatre hommes autistes, les raisons évoquées pour consommer des substances comme l'alcool et le cannabis, sont, entre autres, de diminuer leur anxiété ou de faciliter les interactions sociales (Helveschou et al., 2019). Ces vulnérabilités et ces raisons de consommer sont aussi rapportées et observées dans la population non autiste. Pourtant, les services doivent être adaptés afin de prendre en compte plusieurs caractéristiques autistiques pouvant être des défis dans le traitement de la dépendance (Castellanos et al., 2020). Selon Castellanos et al. (2020), des interventions peuvent être ajoutées afin d'inclure un entraînement aux habiletés sociales et le développement des fonctions exécutives, par exemple. Clarke et al. (2016) mettent en garde les cliniciens dans l'évaluation de la situation des personnes autistes dont la consommation de substance peut masquer des difficultés sociales.

Cette étude est une des rares à avoir exploré les habitudes de consommation chez les personnes autistes. Il n'est donc pas surprenant de constater que peu de recherches se sont penchées sur l'efficacité des traitements en dépendance auprès de cette clientèle.



DES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES

Une récente étude (Helverschou, Brunvold et Arnevik, 2019) démontre que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est efficace, mais nécessite des adaptations selon l'analyse des besoins, le niveau de compréhension et la façon de communiquer. Ils suggèrent aussi de combiner la TCC avec des interventions, comme l'utilisation des technologies. Évidemment, les intervenants doivent avoir une double expertise, soit la thérapie cognitivo-comportementale et l'intervention avec les personnes autistes. D'ailleurs, Helverschou, Brunvold et Arnevik (2019) formulent plusieurs recommandations. Entre autres, la thérapie doit être plus détaillée, structurée, concrète, stable et complétée par des moyens visuels.

Certains constats sont tout de même ressortis et permettent de réfléchir à l'ajustement des services actuellement offerts. (i.e., Castellanos et al., 2020; Helverschou et al., 2019; Isenberg et al., 2019; Rengit et al., 2016). D'abord, à l'inverse des personnes non-autistes, les thérapies de groupe dans les centres de désintoxication habituelles ne sont pas adaptées aux personnes autistes vu leurs fréquentes difficultés de communication et d'interactions sociales persistantes à l'âge adulte. La thérapie individuelle devrait être privilégiée en plus d'être structurée et directive. Isenberg et ses collègues (2019) précisent que les intervenants qui accompagnent des personnes autistes ayant un problème de dépendance doivent considérer les difficultés sociales, la capacité réduite de motivation et d'introspection, les interactions sociales limitées ainsi que les obstacles à l'engagement au traitement.

Pendant le traitement de la dépendance, il est recommandé que l'intervenant travaille en collaboration avec d'autres services et la famille pour soutenir la personne autiste dans plusieurs sphères de leur vie (ex. logement, activités de loisirs, compétences sociales). La collaboration est également recommandée avec d'autres intervenants travaillant auprès des personnes autistes ayant une consommation problématique de substances. Enfin, la supervision clinique est recommandée pour les intervenants afin de valider son approche, ses moyens et ses méthodes. Tel que mentionné par Castellanos et al. (2020), des efforts doivent être faits pour que les intervenants en dépendance soient informés du bilan de santé complet, incluant le diagnostic de TSA, afin qu'il puisse adapter les interventions.

Aussi, il est nécessaire que la personne autiste ait une continuité de services avec un professionnel avant de mettre fin au suivi en dépendance (Helverschou et al., 2019). De plus, Kronenberg et al. (2016) soulignent l'importance de travailler avec les proches-aidants en plus de bien évaluer leur niveau d'épuisement en évaluant les émo-



tions exprimées et les heures de contact hebdomadaires avec la personne autiste ayant un trouble de l'usage des substances. Enfin, la consommation peut être le résultat d'un manque de services adaptés ayant mené à une automédication avec des substances par les personnes autistes pour palier des difficultés comme l'anxiété ou un manque d'habiletés sociales (Clarke et al., 2016). Ainsi, lors de l'évaluation de la consommation d'une personne autiste il convient d'adresser ces deux motivations, en considérant qu'elles peuvent être liées, par une planification des services qui tient compte des conditions associées et des besoins sous-jacent. **La collaboration et la combinaison des expertises entre les services pour considérer l'être humain dans sa globalité sont essentielles.**



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.

Portrait clinique #1

Jeune adulte de 25 ans, célibataire, habite chez ses parents, études au CEGEP à temps partiel, sans emploi.

Diagnostics: TSA, trouble d'anxiété sociale, présence de symptômes de type post-traumatique liés à de l'intimidation vécue pendant plusieurs années à l'adolescence. Il a été référé pour un suivi psychologique il y a trois ans, initialement pour dépression majeure, actuellement en rémission.

Dépendance aux jeux vidéo: il jouait initialement en moyenne 8-10 heures par jour, depuis quelques années. Il a reconnu sa dépendance aux jeux vidéo pour la première fois il y a un peu moins d'un an. Il a alors commencé à prendre conscience que le temps considérable alloué à ses jeux avait un impact sur ses performances scolaires et conséquemment, sur le nombre de cours qu'il pouvait suivre et réussir, et sur le délai prévu pour la complétion du programme en cours. Il a rapporté une diminution d'environ deux à trois heures par jour au cours de la dernière session de CEGEP. On note une amélioration dans l'hygiène de sommeil de façon générale, bien qu'il continue à couper sur le temps de sommeil, si les occupations de jour réduisent le temps de jeux à moins de six heures par jour (ce qui constitue tout de même une amélioration significative). L'entourage rapporte une amélioration de son état psychologique, lorsque le temps alloué aux jeux vidéo est limité.

Les relations sociales se limitent à la famille immédiate, mis à part un cercle restreint de personnes avec qui il joue en ligne depuis des



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.

Portrait clinique #1

années et qu'il considère comme étant ses amis. Par ailleurs, les interactions ne dépassent jamais le contexte du jeu en ligne. Il en connaît très peu sur eux et inversement. Au moment de débiter les consultations, la relation avec ses parents était distante, et la communication, très limitée. La relation s'est beaucoup améliorée depuis, est généralement positive et un facteur très favorable dans son évolution.

Scolarisation : Après plusieurs tentatives qui se sont soldées par des échecs à répétition, il avait abandonné l'école et demeurait à la maison à jouer à des jeux vidéo. Après un arrêt de presque deux ans, il a pris la décision de retourner aux études à la formation générale des adultes à l'âge de 23 ans et a finalement obtenu son diplôme d'études secondaires. Il s'est ensuite inscrit au CEGEP en multimédia, et a réussi à compléter quatre cours l'an dernier (deux cours par sessions sur les trois pour lesquels il était initialement inscrit). Il envisage actuellement d'augmenter à trois cours pour la prochaine session.



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.

Portrait clinique #2

Jeune adulte de 29 ans, célibataire, vit seul en appartement, sans emploi depuis un an et nécessitant des services de réadaptation en dépendances et l'offre de services

Diagnostics: TSA, TDAH, trouble oppositionnel, trouble bipolaire. Dépendance au cannabis et alcool: ne consomme plus d'alcool ni de cannabis depuis environ 1 an. Il a été référé pour un suivi psychologique il y a deux ans et demi.

Travail: Il a obtenu quelques emplois stimulants en raison de son haut niveau de compétences en infographie. Par ailleurs, il s'est fait mettre à la porte ou a quitté ses emplois tout juste avant de se faire mettre à la porte, en raison de ses humeurs instables, irritabilité et impulsivité élevées par moments, fluctuations importantes du rendement, manque de ponctualité, conflits de travail, difficulté à mener à bien les projets dès que cela impliquait un travail en équipe, etc.

Relations familiales: En début de suivi, il entretenait des relations à la fois distantes et très conflictuelles avec sa famille. Ses parents lui reprochaient sa consommation notamment, ainsi que ses attitudes qu'ils jugeaient irrespectueuses (généralement associées à la consommation). Les relations demeurent encore assez distantes aujourd'hui, mais elles sont beaucoup plus positives depuis l'arrêt de la consommation.

Historique de consommation: La consommation d'alcool et de cannabis a commencé à l'école secondaire, avec un petit groupe d'amis qu'il fréquentait pour consommer. Il a maintenu quelques-unes de



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.

Portrait clinique #2

ces relations au fil des années, qui ont longtemps continué à être associées aux jeux vidéo et à la consommation. Il consommait pour socialiser. Ses amis ont graduellement changé de vie (travail, couple, enfant) et la majorité a arrêté de consommer de façon régulière, en quittant le groupe, contrairement à lui. Il n'a conservé que de rares contacts avec l'un d'entre eux, à distance.

La consommation était quotidienne depuis le début de la vingtaine, mais il y a eu une augmentation significative à 23 ans. Il était alors très isolé, consommait seul à la maison tous les jours, ainsi que chaque fois qu'il se retrouvait dans une situation sociale (qu'il n'avait pas pu éviter, ce qui n'était pas fréquent) et il lui arrivait très régulièrement de boire au point de ne plus rien se souvenir de ce qu'il a fait la veille, au réveil.

À l'âge de 25 ans, il a vécu un premier épisode de manie, suivi d'une dépression majeure après quelques mois. À ce moment, il prend conscience de la gravité de son état et de sa situation, souffre et craint énormément que sa qualité de vie soit affectée pour les années à venir. Contrairement à la fermeture et aux comportements oppositionnels qu'il avait adoptés face à l'aide offerte à ce jour, il se montre maintenant beaucoup plus ouvert, collaborateur et motivé. C'est après environ un an de thérapie qu'il reconnaît sa dépendance (suivant la perte de son dernier emploi) et après quelques tentatives avec rechutes. C'est à partir de ce moment qu'on observe des progrès significatifs en thérapie. Il en est maintenant à environ un an sans consommer d'alcool ni de cannabis.



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.

Portrait clinique #2

Il est par ailleurs très isolé socialement, sort très peu de chez lui. Pour le moment, le retour au travail est difficilement envisageable. Il continue à avoir un problème de dépendance aux jeux qu'il reconnaît en partie, par moments.



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.

Fiche pratique #1

Les pratiques gagnantes pour soutenir la réadaptation en dépendances d'un jeune adulte autiste (p.ex. collaboration intersectorielle, collaboration avec les proches, techniques ou approches, accompagnement des activités de jour)

- Évaluation diagnostique complétée (révisée au besoin, médicale, neurologique, psychiatrique) et idem pour médicaments, en prenant en considération la consommation.
- Travail de collaboration avec la famille malgré l'âge adulte, s'ils demeurent toujours avec eux ou s'il demeure un lien de dépendance (ex : financier). Il est souvent aidant que la famille bénéficie en soi d'un soutien, ainsi que la personne, et qu'il y ait un travail de collaboration étroit entre les deux services/professionnels qui les desservent. Bien souvent, un travail adressant la relation parent-enfant (adulte) est un élément clé qui influence grandement le pronostic. La relation est fréquemment distante et/ou conflictuelle (souvent provoquée ou du moins aggravée et entretenue par la dynamique de dépendance – alcool, drogue, jeux vidéo – et en retour, la dynamique favorise le maintien de la situation.
- Travail de collaboration intersectorielle, multidisciplinaire.
- Soutien permettant le développement d'un projet de vie et accompagnement/soutien requis dans la réalisation des étapes.
- Engagement dans des activités régulières, en lien avec motivations et/ou intérêts (en quantité suffisante, avec soutien requis).
- Approche motivationnelle s'est révélée aidante dans les cas où les facteurs ci-haut mentionnés étaient présents.
- Dans ma pratique, pour la quasi-totalité des personnes qui ont réussi à s'en sortir, l'approche qui a fonctionné a été de viser l'abstinence. L'approche de réduction des méfaits a pu fonctionner par périodes (souvent courtes), mais nous avons constaté chaque fois que même durant ces périodes plus favorables, les personnes n'arrivaient pas à cheminer tel qu'elles le souhaitent sur les cibles thérapeutiques autres (qui étaient par ailleurs généralement en lien direct ou indirect avec la consommation ex : gestion de la colère/anxiété).



► Les informations des portraits cliniques et des fiches pratiques sont tirées de récits cliniques d'une psychologue en pratique privée au Québec.



Fiche pratique #2

Les principaux obstacles à la réadaptation de cette clientèle (autisme et dépendances)?

- La non-reconnaissance de la problématique.
- Le manque de services adaptés en dépendance.
- Le manque de leviers motivationnels.
- Les conditions de maintien et de renforcement de la dépendance présents dans la vie des jeunes adultes.
- Multi diagnostics psychiatriques (ou présence des symptômes sans les diagnostics officiels), trop souvent sans avoir reçu la médication et les services adéquats pour leurs conditions présentes de longue date.
- Isolement social.
- Le manque de services adaptés aux besoins des parents pour les aider à intervenir auprès de leur jeune adulte, lorsqu'ils demeurent toujours à la maison ou lorsqu'ils jouent encore un rôle prédominant pour supporter leur enfant afin d'améliorer ses conditions de vie en raison de difficultés fonctionnelles importantes (particulièrement lorsque certaines de ces difficultés sont en partie conséquentes à la dépendance).



CONCLUSION

La lecture de ce guide vise à mettre à profit toutes les informations que la recherche et les personnes qui ont généreusement donné de leur temps ont fournies. Les connaissances sur le portrait de la consommation des personnes autistes des autres pays devraient inspirer des changements de pratique car il n'y a aucune raison de croire que ce portrait soit diamétralement opposé à la situation des personnes d'ici. Les outils de dépistage de la consommation sont disponibles et accessibles. Malgré le fait qu'ils ne soient pas encore validés auprès des personnes autistes, le dépistage permet une évaluation plus individualisée au besoin et donc, une pratique qui doit être intégrée systématiquement lors de l'évaluation des besoins de la personne autiste. Un élément essentiel à retenir pour que les services soient efficaces, la collaboration interprogrammes. En effet, les besoins des humains sont complexes et ne peuvent être partagés par secteur de services ou programmes. Ainsi, les services doivent collaborer ensemble par divers moyens afin de combiner leurs expertises au service de la personne. De cette façon, une personne autiste pourrait recevoir des services répondant à ses caractéristiques autistiques autant qu'à ses divers besoins des autres secteurs de services. L'élargissement des critères diagnostiques, la prévalence en augmentation ainsi que l'amélioration du diagnostic chez les filles diversifient le portrait de l'autisme et demande de renouveler nos façons de faire pour les adapter aux besoins de cette population. Les données sont encore rares concernant la consommation, avec ou sans substances, chez les personnes autistes et les meilleures pratiques en intervention encore inconnues. Heureusement, les cliniciens et les chercheurs continuent de travailler avec les personnes autistes pour identifier les pratiques de pointe. D'ici la disponibilité de ces informations, la meilleure façon reste encore le dialogue avec les personnes concernées, la considération et l'interdisciplinarité.



Références

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Arcelus, J., Bouman, W. P., Jones, B. A., Richards, C., Jimenez-Murcia, S., & Griffiths, M. D. (2017). Video gaming and gaming addiction in transgender people: An exploratory study. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(1), 21-29. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.002>

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 46*(10), 3281-3294. doi: 10.1007/s10803-016-2872-8

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*(1), 5-17. doi: 10.1023/a:1005653411471

Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development, 71*(2), 447-456.

Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Brunelle, N., Landry, N., Patenaude, C., & Brochu, S. (2014). Les trajectoires d'utilisation de services en toxicomanie et les principaux enjeux associés: la perspective des usagers. Dans S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle, & C. Patenaude. (Dir.). *À la croisée des chemins: trajectoires addictives et trajectoires de services, la perspective des personnes toxicomanes* (p.151-197). Québec, QC: Presses de l'Université Laval.

Besser, B., Rumpf, H.-J., Bischof, A., Meerkerk, G.-J., Higuchi, S., & Bischof, G. (2017). Internet-related disorders: Development of the short compulsive

internet use scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 20*(11), 709-717. doi:10.1089/cyber.2017.0260

Brooks, S., & Longstreet, P. (2015). Social network-king's peril: Cognitive absorption, social networking usage, and depression. *Cyberpsychology : Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 9*(4), Article 5. <https://doi.org/10.5817/CP2015-4-5>

Butwicka, A., Långström, N., Larsson, H., Lundström, S., Serlachius, E., Almqvist, C., . . . & Lichtenstein, P. (2017). Increased risk for substance use-related problems in autism spectrum disorders: A population-based cohort study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(1), 80-89. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2914-2>

Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 49*(5), 1899- 1911. doi: 10.1007/s10803-018-03878-x

Castellanos, D., Carcache, L., & Ng, C. (2020). Substance Use in Youth With Autism Spectrum Disorder. *Addictive Disorders & Their Treatment, 19*(2), 118-122. doi: 10.1097/ADT.000000000000019

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) & Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) (2018). *Le processus clinique du CIUSSS MCQ*. CIUSSS MCQ, Gouvernement du Québec, Canada.



Références

Coskun, M., Hajdini, A., Alnak, A., & Karayagmur, A. (2020). Internet use habits, parental control and psychiatric comorbidity in young subjects with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 171-179. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04243-2>

De Vries, H. T., Nakamae, T., Fukui, K., Denys, D., & Narumoto, J. (2018). PIU and psychiatric co-morbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 18, 9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1588-z>

Engelhardt, C. R., Mazurek, M. O., & Hilgard, J. (2017). Pathological game use in adults with and without Autism Spectrum Disorder. *PeerJ*, 5, e3393. <https://doi.org/10.7717/peerj.3393>

Équipe accès et trajectoire de soins CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). (2019). *La gestion par trajectoire de soins et de services. Guide théorique et pratique*. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal.

Fombonne, E. (2020). Camouflage and autism. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 61(7), 735-738. doi: 10.1111/jcpp.13296

Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127, e319. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353>

Gillespie-Lynch, K., Kapp, S. K., Shane-Simpson, C., Smith, D. S., & Hutman, T. (2014). Intersections between the Autism Spectrum and the Internet: Perceived benefits and preferred functions of computer-mediated communication. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(6), 456-469. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.6.456>

Griffiths, M. D. (2017). Conceptual issues concerning internet addiction and internet gaming disorder.

Further critique on Ryding and Kaye (2017). *International Journal of Mental Health and Addiction*, <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9818-z>

Haasbroek, H., & Morojele, N. (2021). A Systematic Literature Review on the Relationship Between Autism Spectrum Disorder and Substance Use Among Adults and Adolescents. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00242-1>

Helverschou, S. B., Brunvold, A. R., & Arnevik, E. A. (2019). Treating patients with co-occurring autism spectrum disorder and substance use disorder: a clinical explorative study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, <https://doi.org/10.1177/2F1178221819843291>

Hirota, T., So, R., Kim, Y. S., Leventhal, B., & Epstein, R. A. (2018). A systematic review of screening tools in non-young children and adults for autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 80, 1-12. doi: 10.1016/j.ridd.2018.05.017

Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559-572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>

Hsieh, K., Scott, H. M., & Murthy, S. (2020). Associated risk factors for depression and anxiety in adults with intellectual and developmental disabilities: Five-year follow up. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 125(1), 49-63. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-125.1.49>

Huang, Y., Arnold, S. R. C., Foley, K.-R., & Trollor, J. N. (2020). Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 24(6), 1311-1327. doi: 10.1177/1362361320903128



Références

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale*. Surveillance des maladies chroniques, 33. Bureau d'information et d'études en santé des populations.

Isenberg, B. M., Yule, A. M., McKowen, J. W., Nowinski, L. A., Forchelli, G. A., & Wilens, T. E. (2019). Considerations for treating young people with comorbid autism spectrum disorder and substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(12), 1139-1141.

Jiang, J. (2018, August 22). How Teens and Parents Navigate Screen Time and Device Distractions. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/internet/2018/08/22/how-teens-and-parents-navigate-screen-time-and-device-distractions/>

Kawabe, K., Horiuchi, F., Miyama, T., Jogamoto, T., Ai-bara, K., Ishii, E., & Ueno, S. (2019). Internet addiction and attention-deficit / hyperactivity disorder symptoms in adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 89, 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.03.002>

Király, O., Griffiths, M. D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., Tamás, D. & Demetrovics, Z. (2014). PIU and problematic online gaming are not the same: Findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17, 749-754. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0475>

Király, O., Slezcka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D. et Demetrovics, Z. (2017). Validation of the ten-item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors*, 64, 253-260. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.005>

Ko, C. H., Yen, J. V., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C.

C. (2012). The association between internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, 27(1), 1-8.

Kronenberg, L. M., Goossens, P. J., van Busschbach, J., van Achterberg, T., & van den Brink, W. (2015). Coping styles in substance use disorder (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC psychiatry*, 15(1), 1-8.

Kunreuther, E. (2021). Autism spectrum disorder and substance use disorder: a dual diagnosis hiding in plain sight. *Psychiatric Clinics*, 44(1), 35-49.

Laconi, S., Pirès, S., & Chabrol, H. (2017). Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. *Computers in Human Behavior*, 75, 652-659. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.012>

Lalanne, L., Weiner, L., Trojak, B., Berna, F., & Bertschy, G. (2015). Substance-use disorder in high-functioning autism: clinical and neurocognitive insights from two case reports. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-5.

Leouzon, H., Alexandre, J.-M., Fatséas, M., & Auria-combre, M. (2019). L'addiction aux jeux vidéo dans le DSM-5, controverses et réponses relatives à son diagnostic et sa définition. *Annales Médico-Psychologiques*, XX, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.03.013>

Lepage, J.-F., Lortie, M., Taschereau-Dumouchel, V., & Théoret, H. (2009). Validation of French-Canadian versions of the Empathy Quotient and Autism Spectrum Quotient. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 41(4), 272-276. doi: 10.1037/a0016248

MacMullin, J. A., Lunskey, Y., & Weiss, J. A. (2016). Plugged in: Electronics use in youth and young adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(1), 45-54. <https://doi.org/10.1177/1362361314566047>



Références

- Magiati, I., Tay, X. W., & Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 73-86. doi: 10.1016/j.cpr.2013.11.002
- Mazurek, M. O., & Engelhardt, C. R. (2013a). Video game use and problem behaviors in boys with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2), 316-324. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2012.09.008>
- Mazurek, M. O., & Engelhardt, C. R. (2013b). Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics*, 132(2), 260-266. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3956>
- Mazurek, M. O., & Wenstrup, C. (2013). Television, video game and social media use among children with ASD and typically developing siblings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1258-1271. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1659-9>
- Mazurek, M. O., Shattuck, P. T., Wagner, M., & Cooper, B. P. (2012). Prevalence and correlates of screen-based media use among youths with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(8), 1757-1767. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1413-8>
- Normand, C.L., Fisher, M.H., Simonato, I., Fecteau, S.-M., Poulin, M.-H. (2021). A systematic review of problematic internet use in children, adolescents and adults with autism spectrum disorder. Review *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1-14. <http://link.springer.com/article/10.1007/s40489-021-00270-x>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, A., & Popow, C. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60(7), 645-659. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- Paulus, F. W., Sander, C. S., Nitze, M., Kra-matschek-Pfahler, A. R., Voran, A., & von Gontard, A. (2019). Gaming disorder and computer-mediated communication in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1-10. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000674>
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H.-J., Mößle, T., . . . , & O'Brien, C. P. (2014). Moving internet gaming disorder forward: A reply. *Addiction*, 109(9), 1412-1413. <https://doi.org/10.1111/add.12653>
- Poulin, M.H., Couture, G., L'Espérance, N., Tremblay, K., Simard, T., Girard, B., Perreault, M. & Lamon-tagne, G (2020). *Partenariat autisme et dépendances (PAAD) : vers des services concertés pour une meilleure participation sociale*. Document synthèse inédit. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Rengit, A. C., McKowen, J. W., O'Brien, J., Howe, Y. J., & McDougale, C. J. (2016). Brief report: autism spectrum disorder and substance use disorder: a review and case study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2514-2519. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2763-z>
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). *Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle (CIP) ?* RCPI, Université Laval. Consulté en janvier 2021 <https://www.rcpi.ulaval.ca>
- Ressel, M., Thompson, B., Poulin, M.H., Normand, C., Fisher, M.H., Couture, G., & Iarocci, G. (2020). Systematic review of risk and protective factors associated with substance use and abuse in individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 24(4), 899-918.



Références

Romano, M., Osborne, L. A., Truzoli, R., & Reed, P. (2013). Differential psychological impact of internet exposure on internet addicts. *PLoS One*, *8*(2), e55162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055162>

Romano, M., Truzoli, R., Osborne, L. & Reed, P. (2014). The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *8*(11), 1521-1526. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2014.08.002>

Roth, M. E., & Gillis, J. M. (2015). "Convenience with the click of a mouse": A survey of adults with autism spectrum disorder on online dating. *Sexuality and Disability*, *33*(1), 133-150. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9392-2>

Ryding, F. C., & Kaye, L. K. (2017). «Internet Addiction»: A conceptual minefield. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9811-6>

Schneid, I., & Raz, A. E. (2020). The mask of autism: Social camouflaging and impression management as coping/normalization from the perspectives of autistic adults. *Social Science & Medicine*, *248*. doi: 10.1016/j.socsci-med.2020.112826

Seale, J., & Chadwick, D. (2017). How does risk mediate the ability of adolescents and adults with intellectual and developmental disabilities to live a normal life by using the Internet? *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *11*(1), Article 2. <https://doi.org/10.5817/CP2017-1-2>

Shane-Simpson, C., Brooks, P. J., Obeid, R., Denton, E. G., & Gillespie-Lynch, K. (2016). Associations between compulsive internet use and the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *23*, 152-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2015.12.005>

So, R., Makino, K., Fujiwara, M., Hirota, T., Ohcho, K., Ikeda, S., Tsubouchi, S., & Inagaki, M. (2017). The pre-

valence of internet addiction among a Japanese adolescent psychiatric clinic sample with autism spectrum disorder and/or attention-deficit hyperactivity disorder: A cross-sectional study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*, 2217-2224. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3148-7>

Statistique Canada (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>

Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, *10*(1), 103-116. <https://doi.org/10.1177/1362361306062013>

Sussman, C. J., Harper, J. M., Stahl, J. L., & Weigle, P. (2018). Internet and video game addictions: diagnosis, epidemiology, and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *27*(2), 307-326. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.015>

Sweet, K. S., LeBlanc, J. K., Stough, L. M., & Sweany, N. W. (2019). Community building and knowledge sharing by individuals with disabilities using social media. *Journal of Computer Assisted Learning*. <https://doi.org/10.1111/jcal.12377>

Thiebaut, G-C., Lavoie, C., Labrecque-Pégoraro, S. & Maillet, L. (2020). *Pour des trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure*. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Traoré, I., Street, M. -C., Camirand, H., Julien, D., Joubert, K., & Berthelot, M. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition : TOME 3 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes*. Québec : Institut de la statistique du Québec.



Références

Tremblay, J., Rouillard, P., April, M., & Sirois, M. (2000). *Manuel d'utilisation Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide-Alcool/Drogues (version 1.7)*. Montréal, QC : Publication de l'équipe de recherche et intervention sur les substances psychotropes au Québec (RISQ).

Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302.

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216-229.

Wigham, S., Rodgers, J., Berney, T., Couteur, A. L., Ingham, B., & Parr, J. R. (2019). Psychometric properties of questionnaires and diagnostic measures for autism spectrum disorders in adults: A systematic review. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 23(2), 287-305. doi: 10.1177/1362361317748245

World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Edition)*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>