

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**IMPLANTATION D'UN PROGRAMME VISANT L'USAGE MODÉRÉ D'ALCOOL
S'ADRESSANT AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUIT : LA PERSPECTIVE DES
INTERVENANTS**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
PASCALE ALARIE-VÉZINA**

SEPTEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Chantal Plourde

Directrice de recherche

Joël Tremblay

Codirecteur de recherche

Comité d'évaluation :

Chantal Plourde

Directrice de recherche

Sylvie Hamel

Évaluatrice

Catherine Arseneault

Évaluatrice

Ce mémoire est rédigé sous la forme d'un article scientifique tel qu'il est stipulé dans le règlement des études de cycles supérieurs (Article 353) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de la revue *Drogues, santé et société*. Les noms des directeurs de recherche et des membres de l'équipe de recherche ayant participé à l'étude apparaissent comme co-auteurs de l'article soumis pour publication.

Sommaire

L'offre de service en dépendance dans les communautés autochtones est essentiellement ancrée dans des approches ciblant l'abstinence et s'adressant aux personnes présentant des problématiques sévères, laissant un vide de services pour les personnes présentant des niveaux d'usage modéré, mais problématique et qui veulent atteindre une consommation contrôlée. Entre autres facteurs expliquant cette situation, on retrouve une mauvaise compréhension de la réalité contemporaine des communautés, l'héritage de la colonisation et la persistance de mythes quant à l'incapacité des Autochtones d'adopter un usage modéré d'alcool. Inspiré d'*Alcochoix+*, *Sage Usage* est un programme novateur de prévention ciblée s'adressant aux Premières Nations et aux Inuit¹ (PNI) qui vise le développement de stratégies pour atteindre et maintenir un usage faible ou modéré non problématique d'alcool. Le programme a fait l'objet d'un processus participatif et itératif de modification visant à le rendre culturellement pertinent et cohérent avec les valeurs et réalités des PNI. Le programme est développé et implanté à la demande des organisations autochtones via une méthode participative impliquant des intervenants en dépendance issus des communautés engagées dans le projet. La phase d'implantation initiale du programme a rencontré plusieurs obstacles, ce qui n'a toutefois pas empêché la présence d'un enthousiasme grandissant de la part des parties prenantes à l'égard du programme. Mieux comprendre les facteurs d'influence ayant eu cours lors de cette phase d'implantation initiale permettra de contribuer à la poursuite du développement du programme et de son implantation. Ainsi, les objectifs du présent mémoire sont de documenter, 1) le degré d'implantation du programme *Sage Usage*, 2) la perspective des intervenants formés au programme quant à leur expérience d'implantation au stade d'implantation initiale, et 3) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation. Puisqu'elle permet une lecture holistique de la situation et est cohérente avec les philosophies autochtones, une méthode de recherche qualitative a été retenue. Les participants à la recherche sont des acteurs de l'intervention en dépendance dans les communautés des PNI ayant reçu la formation (n=31) qui ont participé à des entrevues de groupe et individuelles portant sur leur expérience d'implantation du programme. Les verbatims de ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse

¹ L'omission de la marque du pluriel est volontaire et représente une marque de respect pour la langue inuktitut puisque le mot inuit est pluriel.

qualitative de contenu thématique à la suite de laquelle les propos des intervenants ont été catégorisés en fonction de la taxonomie des « résultats d'implantation » de Proctor *et al.* (2011). Les résultats témoignent de l'implantation difficile de *Sage Usage* et identifient des enjeux en lien avec l'adoption, l'acceptabilité et la faisabilité. Le programme est perçu par les participants comme ayant un bon niveau de convenance sur le plan du contenu, mais moins sur le plan de sa structure externe. Des retombées positives inattendues sur les pratiques professionnelles des intervenants sont évoquées. Des stratégies sont identifiées pour favoriser l'adéquation culturelle du programme, notamment de rendre ses composantes utilisables indépendamment les unes des autres. *Sage Usage* bonifie l'offre de service des communautés et plusieurs modalités de prestation, telles que la formule couple ou le suivi post-thérapie apparaissent prometteuses pour adapter le programme aux besoins de chaque communauté. Les résultats de cette étude mettent en lumière le fait qu'un engagement à long terme via une démarche flexible permettant aux communautés de s'approprier le programme est fondamental pour favoriser une implantation durable et pertinente auprès des PNI.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux et des figures.....	ix
Remerciements	x
Mise en contexte	xii
Chapitre 1 : Introduction	1
Usage d'alcool chez les PNI	3
Portrait des habitudes de consommation dans les communautés des PNI.....	3
L'offre de services en matière d'usage de substances dans les communautés des PNI.....	8
Le projet <i>Sage Usage</i>	8
La recherche participative communautaire.....	9
Séminaire de réflexion et partage des savoirs.....	10
Processus d'adaptation culturelle	11
Implantation initiale du programme	13
Le programme <i>Sage Usage</i>	13
La réduction des méfaits (RDM).....	13
Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada	14
La prévention secondaire/ciblée et indiquée	14
Les programmes de boire contrôlé	15
La théorie de l'apprentissage social	15
La prévention structurée de la rechute.....	16
La théorie de l'autodétermination	16
Le modèle transthéorique du changement	17
L'entretien motivationnel.....	17
L'approche holistique basée sur la culture.....	18
Caractéristiques spécifiques du programme Sage Usage	20
Éléments liés à la méthode.....	22
Les résultats d'implantation	22
La sécurisation culturelle	23

Objectifs de l'étude.....	24
Chapitre 2 : L'article scientifique	25
Page titre	26
Résumé.....	27
Abstract.....	29
Introduction.....	31
Objectifs.....	37
Méthode	38
Participants	38
Collecte de données	39
Analyse des données.....	41
Résultats.....	42
Données d'implantation	42
Adoption.....	44
Nouvelles pratiques	44
Sentiment d'autoefficacité en lien avec l'animation du programme.....	45
Formation et soutien clinique.....	46
Impact du contexte pandémique.....	47
Faisabilité.....	48
Enjeux sur le plan du personnel.....	48
Recrutement.....	49
Réalité des communautés	50
Contexte de soin	51
Convenance.....	51
Pertinence	51
Pertinence culturelle du programme.....	53
Besoin des communautés	54
Modalités de prestation.....	55
Formule.....	56

Acceptabilité.....	56
Acceptabilité sociale.....	56
Croyances des intervenants	58
Fidélité	58
Coûts d'implantation.....	59
Processus de recherche avec les PNI.....	59
Discussion	60
Adoption	60
Faisabilité.....	62
Convenance.....	63
Acceptabilité.....	66
Limites	66
Retombées pour l'intervention	68
Suggestions pour de futures recherches.....	68
Conclusion	69
Références de l'article scientifique.....	70
Chapitre 3 : Discussion et conclusion générale.....	76
Exercer un rôle conseil.....	77
Soutenir le développement des capacités adaptatives professionnelles	80
Retombées scientifiques de l'étude	81
Limites et perspectives pour de futures recherches	84
Références	86
Appendice A. Directives aux auteurs de la revue Drogues, santé et société.....	100

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Portrait des habitudes de consommation abusive épisodique.....	6
Tableau 1 (article scientifique)	Taxonomie des résultats d’implantation.....	35
Tableau 2 (article scientifique)	Implantation de Sage Usage (mai 2021).....	43

Figures

Figure 1	Le modèle IQI et les déterminants sociaux de la santé au Nunavik.....	19
Figure 2	Les niveaux de risque associés à l’usage d’alcool.....	20
Figure 3	Cadre théorique de <i>Sage Usage</i>	21

Remerciements

C'est avec beaucoup de reconnaissance que je termine la rédaction de ce mémoire qui a été possible grâce à l'immense soutien dont j'ai bénéficié ces dernières années.

Je tiens d'abord à remercier mes directeurs de recherche et mentors, Chantal et Joël. Je me considère privilégiée d'avoir eu droit un encadrement d'une aussi grande qualité. Vous avez été immensément généreux de votre temps et de votre savoir. Vos rétroactions et nos discussions ont été pour moi de riches moments d'apprentissage. Chantal, merci de m'avoir fait confiance en me laissant intégrer le projet *Sage Usage* alors que tu me connaissais à peine ainsi que pour toutes les opportunités que tu m'as offertes. Ta créativité, ton empathie et ta rigueur sont pour moi source d'inspiration et m'encouragent à repousser mes limites. Joël, merci pour ta confiance également. Ton calme et tes directions claires ont apaisé mon anxiété à bien des moments!

Je remercie mon conjoint Benjamin sans qui la rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible. Merci d'être un père extraordinaire pour nos enfants et d'avoir fait plus que ta part par moments. Merci pour tes encouragements et ton soutien tout au long de cette aventure. Merci à Malic et à Eléa, mes deux merveilleux enfants. Votre joie de vivre et votre vivacité d'esprit sont un moteur dans tout ce que j'entreprends. Vous m'avez ramenée chaque jour à l'essentiel.

Je remercie également ma famille et mes amis avec qui j'aime tellement rire et discuter, vous m'avez aidée chacun à votre manière. Merci, maman, pour ton aide et ta capacité à trouver des solutions à toute situation. Merci papa et Sylvie, pour vos bons mots et pour toutes les fois où vous m'avez dépannée à la dernière minute.

Merci à tous les partenaires du projet *Sage Usage* pour votre implication et votre confiance. C'est grâce à vous que ce projet est *vivant*.

Merci à mes collègues étudiantes et étudiants pour votre humour et votre résilience en ces années pandémiques!

Je tiens à remercier le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) ainsi que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) pour leur important soutien financier dans la réalisation de ce projet de recherche. Je remercie le Centre international de criminologie comparée (CICC) et le groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) pour les opportunités de formation, de réseautage et de soutien financier. Je remercie également l’Institut universitaire sur les dépendances (IUD) et le projet (RÉ)SO 16-35 pour la bourse de rédaction qui m’a permis de me concentrer sur la rédaction de mon mémoire ces derniers mois.

En terminant, un merci spécial aux excellents chargés de cours et professeurs du département de psychoéducation de l’UQTR qui créent un environnement d’étude humain et stimulant pour les futurs psychoéducateurs.

Mise en contexte

Le mot « Autochtones » fait référence aux premiers peuples d'Amérique du Nord ainsi que leurs descendants. Au Canada, le gouvernement reconnaît trois groupes autochtones, soit les Premières Nations, les Inuit et les Métis (Gouvernement du Canada, 2021). Cependant, au Québec, le gouvernement ne reconnaît pas la présence des Métis sur son territoire (Huot, 2015). Ainsi, les peuples autochtones du Québec sont composés des Inuit ainsi que de 10 Premières Nations, soit les Abénakis, les Anishnabek (Algonquins), les Atikamekw Nehirowisiw, les Eeyou (Cris), les Hurons-Wendat, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks et les Naskapis (Gouvernement du Québec, 2019). Étant donné que l'étude présentée dans ce mémoire a été conduite auprès des communautés autochtones du Québec, l'expression Premières Nations et Inuit (PNI) sera privilégiée pour les désigner. Pour alléger le texte, l'adjectif « autochtone » sera également utilisé à certains moments en référence à ces mêmes communautés. En référence aux communautés autochtones à l'échelle mondiale, l'expression « premiers peuples » sera utilisée.

Chapitre 1 : Introduction

Il est estimé que les Premières Nations et les Inuit (PNI) représentent environ 1,4 % de la population québécoise. Les communautés des PNI sont dispersées géographiquement sur l'ensemble du territoire de la province. Il existe en effet 42 communautés des Premières Nations réparties dans la plupart des régions administratives ainsi que 14 villages nordiques Inuit situés au nord du 55^e parallèle sur les côtes de la Baie d'Hudson, du Détroit d'Hudson et de la Baie d'Ungava (Gouvernement du Québec, 2011, 2021). Les traditions autochtones sont fortement enracinées dans leur rapport au territoire, il n'existe donc pas une seule, mais bien une diversité de cultures autochtones (Malone et Chisholm, 2016).

L'histoire des Premières Nations et des Inuit est marquée par un ensemble de pratiques assimilatrices de la part des gouvernements coloniaux (McCue, 2018). Les processus d'assimilation ont pris plusieurs formes, telles que la sédentarisation forcée et l'imposition du christianisme, mais le réseau des pensionnats du Canada, ayant existé de 1880 à 1996 est sans doute l'élément le plus déterminant de la dépossession culturelle et des traumatismes historiques (Posca, 2018). La Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR) souligne d'ailleurs que ces pensionnats ont été l'instrument d'une véritable politique de génocide culturel (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). En plus des nombreux cas d'abus physiques et sexuels, les enfants étaient retirés de leur foyer, souvent séparés de leur fratrie, leur culture était dénigrée et il leur était généralement interdit de parler leur langue maternelle (Miller, 2020). Les pensionnats et autres politiques assimilatrices ont engendré la destruction du mode de vie des communautés et de la cohésion sociale des familles, compromettant ainsi leur bien-être et générant des impacts intergénérationnels (Aguiar et Halseth, 2015; Yellow Horse Brave Hearth, 2003). L'abus de substances, les comportements autodestructeurs, les idéations suicidaires, la dépression, l'anxiété, la faible estime de soi ainsi que les difficultés de gestion émotionnelle ne sont que quelques exemples des réactions possibles à ce type de traumatisme (Yellow Horse Brave Hearth, 2003).

L'usage d'alcool chez les PNI

Depuis la Conquête, la consommation d'alcool des Autochtones a fait l'objet de divers contrôles et d'interdits par les gouvernements eurocanadiens et l'Église (Roy, 2005). Au XX^e siècle, le modèle médical, voulant que l'usage problématique d'alcool chez les PNI soit le résultat d'une défaillance génétique est devenu dominant, une conception qui trouve des échos dans plusieurs milieux encore aujourd'hui (Roy, 2005; Suissa, 1999). L'idée selon laquelle les personnes des premiers peuples auraient une vulnérabilité génétique face à l'alcool, ce qui les rendrait plus à risque de développer des problèmes en lien avec sa consommation (*the firewater myth*), est répandue à travers le monde (Gonzalez et Skewes, 2016b; La Marr, 2003). Pourtant, il est reconnu, dans la littérature scientifique, que l'usage problématique d'alcool est un phénomène multifactoriel et aucune étude n'a été en mesure d'établir de lien significatif entre des caractéristiques génétiques spécifiques aux Autochtones et l'usage d'alcool (Dunbar-Ortiz et Gilio-Whitaker, 2016; Enoch et Albaugh, 2017). Des chercheurs américains ont toutefois observé auprès d'une cohorte d'étudiants autochtones une association entre l'intégration de l'étiquette de la vulnérabilité biologique à l'alcool et un accroissement des conséquences négatives en lien l'usage d'alcool (Gonzalez *et al.* 2021; Gonzalez et Skewes, 2016a, 2018). Une lecture biopsychosociale qui prend en considération l'impact des traumatismes intergénérationnels engendrés par les politiques d'assimilation sur les personnes des PNI fournit une explication beaucoup plus complète de l'usage problématique d'alcool chez cette population (Enoch et Albaugh, 2017). Entre autres, plusieurs auteurs soutiennent que l'usage abusif de substances peut être utilisé comme stratégie par les personnes des PNI pour éviter de ressentir la souffrance engendrée par les traumatismes historiques (Hawkins *et al.*, 2004; Nutton et Fast, 2015; Yellow Horse Brave Hearth, 2003).

Portrait des habitudes de consommation dans les communautés des PNI

Il est ardu de brosser un portrait juste et exhaustif des habitudes de consommation d'alcool des PNI. Des études assez récentes se sont penchées sur le sujet, mais il demeure difficile de faire des comparaisons avec la population générale puisque d'une part, ces études

n'incluent pas l'ensemble des nations et, d'autre part, les échantillons et les définitions utilisés pour caractériser les modes de consommation diffèrent considérablement d'une étude à l'autre.

L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (ERS) (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), 2018) s'est penchée sur les habitudes de consommations d'alcool des personnes de 12 ans et plus de 18 communautés des PNI tandis que l'enquête sur la santé des Inuit *Qanuilirpitaa?* a étudié les habitudes de consommation d'alcool des répondants de 16 ans et plus des 14 villages du Nunavik (Bélanger *et al.*, 2020). L'enquête d'*Éduc'alcool* quant à elle, a été menée auprès de 1 500 Québécois de 15 ans et plus de l'ensemble des régions administratives du Québec (Éduc'alcool et CROP, 2021).

Il semble y avoir chez les Premières Nations et les Inuit une proportion de buveurs comparable, voire légèrement plus faible que dans la population générale. En effet, 63 % répondants à l'ÉRS et 83 % des répondants à *Qanuilirpitaa?* ont déclaré consommer de l'alcool alors que cette proportion est de 84 % dans l'enquête d'*Éduc'alcool* (Bélanger *et al.*, 2020; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), 2018; Éduc'alcool et CROP, 2021).

Ces études rapportent également que 26 % des répondants des Premières Nations affirment faire un usage modéré d'alcool et que près de 20 % des répondants des communautés inuit affirment que leur consommation est occasionnelle. Notons que ces études n'offrent pas de définition claire de la consommation modérée ou occasionnelle.

Comme en témoignent les données présentées dans le Tableau 1, il semble que la consommation abusive épisodique soit plus fréquente chez les membres des PNI que dans la population québécoise générale (Bélanger *et al.*, 2020; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), 2018). Il importe de faire preuve de prudence dans l'interprétation de ces données puisque les groupes sont

difficilement comparables. Cependant, ces données démontrent que les habitudes de consommation d'alcool des PNI sont loin d'être homogènes, ce qui devrait être pris en compte dans les services qui leur sont offerts (Lévesque *et al.*, 2018).

Tableau 1*Portrait des habitudes de consommation abusive épisodique*

Enquête	Définition	Proportion de répondants ayant indiqué avoir ce type de consommation
Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (ÉRS) (CSSSPNQL, 2018)	Consommation excessive : « En une même occasion quatre verres ou plus pour les femmes et cinq verres ou plus pour les hommes, et ce, au moins une fois par mois » ou « le fait de consommer de l'alcool à plus de cinq occasions au cours d'une même semaine »	56 % des personnes ayant déclaré consommer de l'alcool. 30 % des femmes et 41 % des hommes parmi l'ensemble des répondants (incluant les non-buveurs).
Enquête sur la santé des Inuit <i>Qanuilirpitaa?</i> (Bélanger <i>et al.</i> , 2020)	Épisode de forte consommation (<i>binge drinking</i>) : « le fait de boire cinq verres ou plus en une même occasion ».	73 % des répondants (incluant les non-buveurs) ont eu un épisode au cours de la dernière année. 29 % des femmes et 30 % des hommes parmi l'ensemble des répondants (incluant les non-buveurs) ont au moins un épisode par semaine.

Tableau 1*Portrait des habitudes de consommation abusive épisodique (suite)*

Enquête	Définition	Proportion de répondants ayant indiqué avoir ce type de consommation
Enquête sur la relation des Québécois avec l'alcool (Éduac'alcool et CROP, 2021)	Consommation élevée : « quatre consommations ou plus lors d'une même occasion chez les femmes et cinq ou plus chez les hommes ».	46 % des femmes et 56 % des hommes ayant déclaré être des consommateurs d'alcool ont eu au moins un épisode au cours de la dernière année (versus 43 % parmi l'ensemble des répondants incluant les non-buveurs).
		6 % des femmes et 12 % des hommes ayant déclaré être des consommateurs d'alcool ont au moins un épisode par semaine (versus 8 % parmi l'ensemble des répondants incluant les non-buveurs).

L'offre de services en matière d'usage de substances dans les communautés des PNI

Les principaux services en matière de dépendance dans les communautés autochtones du Québec passent par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Financé par le gouvernement fédéral et géré par les communautés, ce programme, en conjonction avec le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) compte six centres de traitements des toxicomanies au Québec. Des travailleurs communautaires du PNLAADA ont également pour mandat de mettre en place des activités de prévention et d'intervention dans leur communauté (Gouvernement du Canada, 2018; Gouvernement du Québec, 2022c; Lévesque *et al.*, 2018). Or, la prise en charge par ces intervenants des adultes qui présentent une consommation à risque ou problématique demeure limitée en raison d'enjeux de confidentialité et de manque de formation (Perreault et Beaulieu, 2008). Ainsi, l'offre de service dans les communautés demeure limitée et se résume surtout à des thérapies en centre d'hébergement qui visent l'abstinence. Ces interventions conviennent généralement aux personnes présentant des problématiques sévères, mais ne sont pas adaptées aux personnes dont l'usage d'alcool est à risque faible ou modéré (Chauvet *et al.*, 2015; McKay, 2009). Faute d'accès à des services adaptés à leurs besoins, ces personnes sont à risque de voir des difficultés mineures et transitoires s'aggraver ou se chroniciser (Substance Abuse and Mental Health Services Administration of United States, 2016). Ainsi, une offre de service plus diversifiée, incluant des interventions s'inscrivant dans une philosophie de réduction des méfaits, serait souhaitable pour faire en sorte de répondre à la diversité des besoins (Dell et Lyons, 2007; Paquette *et al.*, 2022; Plourde *et al.*, 2010; Wardman et Quantz, 2006). C'est dans cet esprit que le programme *Sage Usage*, dont l'implantation initiale fait l'objet de ce mémoire, a été développé.

Le projet *Sage Usage*

Le projet *Sage Usage* (Plourde *et al.*, 2018-2022) s'inscrit dans le projet *Les programmes d'intervention précoce concernant l'usage à risque des SPA/JHA : la famille « Mes Choix »* (Tremblay *et al.*, 2018-2022). Ce projet, amorcé en 2017, s'inscrit dans une approche participative et communautaire.

La recherche participative communautaire

La recherche participative communautaire, mieux connue selon son appellation anglophone *community-based participatory research* (CPBR) est une approche qui s'est développée en réponse aux iniquités en santé constatées chez certains groupes minoritaires ou vulnérables. L'approche stipule que, pour éliminer ou du moins réduire ces inégalités, une meilleure intégration de la recherche et de la pratique est souhaitable, de façon à ce que les facteurs sociaux et environnementaux (vs individuels) soient davantage pris en compte (Israel *et al.*, 1998; Holkup, 2004). La recherche participative communautaire s'inscrit dans le paradigme constructiviste et transformatif et est compatible avec des méthodes de recherches qualitatives ou mixtes (Israel *et al.* 1998). Elle peut être définie comme une approche basée sur la collaboration qui intègre les connaissances issues du terrain et au sein de laquelle les membres de la communauté, les représentants des organisations et les chercheurs sont impliqués de façon équitable, et ce, dans tous les aspects de la recherche. Elle implique une responsabilité partagée entre les partenaires qui possèdent chacun des forces singulières permettant d'approfondir la compréhension d'un phénomène et des dynamiques sociales et communautaires dans le but de contribuer au mieux-être des communautés (Green *et al.*, 1995; Israel *et al.*, 1998). Israel (2005) a identifié un certain nombre de principes qui guident la recherche participative communautaire :

- reconnaître la communauté comme une unité identitaire;
- construire à partir des forces et des ressources de la communauté;
- faciliter la collaboration ainsi que des partenariats équitables dans toutes les phases de la recherche;
- s'engager dans un processus d'*empowerment*, c'est-à-dire de partage du pouvoir visant la réduction des inégalités sociales;
- encourager le co-apprentissage et le développement des compétences chez tous les partenaires;
- assurer un équilibre entre la recherche et l'action qui bénéficie à la science et à la communauté;
- mettre l'accent sur problèmes tels que définis par la communauté;
- employer un processus cyclique et itératif pour développer et maintenir des partenariats communauté-recherche;

- diffuser les conclusions et les apprentissages résultant de la recherche par et à l'ensemble des partenaires;
- susciter un engagement à long terme de la part de tous les partenaires.

Ces principes s'actualisent via l'établissement de liens de confiance entre les chercheurs et les membres des communautés (MacKinnon, 2018).

La recherche participative communautaire est utilisée dans de nombreux travaux de recherches impliquant les PNI (MacKinnon, 2018), notamment parce qu'elle s'inscrit en cohérence avec les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP) qui sont intégrés dans l'*Énoncé de politique des Trois conseils – Éthique de la recherche avec les êtres humains* (Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2018). Il s'agit de l'approche mise de l'avant dans toutes les phases du projet *Sage Usage*.

Séminaire de réflexion et partage des savoirs

En novembre 2017, financé par les IRSC, un séminaire de réflexion et de partage des savoirs sur la recherche interventionnelle en toxicomanie s'est tenu à Wendake et a réuni des intervenants en toxicomanie de neuf nations. Via une méthode d'analyse en groupe (MAG), les participants ont pu échanger au sujet de la consommation d'alcool dans les communautés et des besoins qui y sont associés (Plourde *et al.*, en rédaction). La MAG est une méthode de recherche participative et inductive qui permet aux personnes directement touchées par la problématique à l'étude de s'exprimer à travers le récit. Il s'agit d'une démarche structurée qui permet aux membres du groupe d'échanger de façon à co-construire de nouvelles interprétations et de dégager des implications pratiques (Konaté *et al.*, 2019; van Campenhoudt *et al.*, 2005). Les échanges ayant eu cours durant ce séminaire ont mis en lumière le besoin d'interventions culturellement pertinentes s'adressant aux personnes des PNI qui présentent un usage d'alcool à risque modéré. Ainsi, cinq des nations participantes ont choisi de s'impliquer activement dans un

processus visant à modifier le programme *Alcochoix+* (Simoneau *et al.*, 2005) pour le rendre culturellement pertinent et approprié aux réalités des PNI (Plourde *et al.*, en rédaction).

Processus d'adaptation culturelle

L'adaptation culturelle est définie comme la modification systématique d'une intervention ou d'un programme pour le rendre compatible avec les valeurs et les représentations culturelles de la population cible (Bernal *et al.*, 2009). Pour se montrer garante à la fois de la pertinence culturelle et du maintien des ingrédients clés assurant l'efficacité de l'intervention, cette démarche doit s'appuyer sur les modèles d'adaptation culturelle reconnus dans la littérature (Barrera *et al.*, 2013; Castro *et al.*, 2004) ainsi que sur une collaboration continue entre les chercheurs et les représentants des communautés (Walsh-Buhi, 2017). Le modèle d'adaptation culturelle retenu pour l'adaptation culturelle d'*Alcochoix+* à la culture des PNI est celui élaboré par Kumpfer *et al.*, 2008. En plus d'avoir déjà été utilisé pour adapter un programme de prévention des dépendances dans une communauté Innue du Québec (*Système d : définir, découvrir, devenir, débrouiller, décider, développer*, Forgues *et al.*, 2007), ce modèle accorde une importance particulière à la sélection et à la formation des intervenants ainsi qu'au suivi de l'implantation (Cotton *et al.*, 2016).

Le modèle de Kumpfer et ses collègues (2008) a été légèrement adapté par l'équipe de recherche de sorte qu'il convienne au contexte spécifique du projet. Il comporte neuf étapes, soit 1) évaluer les besoins en collaboration avec la population cible, 2) sélectionner le programme le plus adéquat à adapter, 3) implanter le programme dans sa version d'origine (ou minimalement adaptée), 4) procéder aux adaptations culturelles via une approche collaborative, 5) sélectionner les intervenants pour animer le programme et leur offrir la formation et le soutien clinique nécessaires, 6) implanter le programme dans sa version initiale, 7) réviser le programme à la lumière de l'expérience d'implantation, 8) évaluer les effets du programme et 9) diffuser les résultats de la démarche dans la communauté scientifique (Kumpfer *et al.*, 2008; Plourde *et al.*, 2019).

Le programme *Alcochoix+* a été sélectionné pour faire l'objet d'un processus d'adaptation visant à le rendre pertinent pour les membres des PNI. Il s'agit d'un programme de prévention secondaire qui vise la gestion de la consommation d'alcool de façon à réduire les conséquences qui y sont associées. Implanté depuis plus de 20 ans au Québec, ce programme peut être offert en formule de groupe ou individuelle. Il comporte six phases dont les objectifs respectifs sont la prise de conscience des risques et des conséquences de la surconsommation d'alcool, l'identification des déclencheurs et des situations qui mettent la personne à risque de surconsommer, le choix d'un objectif pour la fin du programme et la planification de stratégies pour l'atteindre, la découverte (ou redécouverte) d'activités plaisantes n'impliquant pas l'usage d'alcool, la compréhension du rôle des émotions et des besoins dans la consommation d'alcool ainsi que la mise en place d'un plan de prévention de la rechute (Simoneau *et al.*, 2012).

En 2017, un comité-conseil composé de représentants des communautés impliquées dans le projet ainsi que de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a été formé. L'adaptation culturelle initiale du programme s'est faite dans un processus de co-construction avec les membres du comité-conseil dans le cadre de deux séminaires de travail d'une durée de deux jours ayant eu lieu en août 2018 et en juin 2019. Toutes les composantes du programme *Alcochoix+* ont été revues et plusieurs modifications ont été effectuées. Le choix des mots et des énoncés a été revu, la quantité de texte a été réduite pour faire davantage place à l'image et à la conversation, les exemples et les stratégies proposées ont été adaptés de sorte qu'ils témoignent des réalités vécues par les PNI et des images et des illustrations culturellement significatives ont été intégrées. Tout en conservant les ingrédients actifs et l'esprit central d'*Alcochoix+*, l'angle du programme a été repensé pour qu'il mette davantage l'accent sur la culture et la communauté et que plus de place soit accordée à la sphère spirituelle. *Sage Usage (Wise Choices* dans sa version anglophone) a été choisi comme titre pour le programme par les membres du comité avisier.

Implantation initiale du programme

Les premières formations au programme *Sage Usage* ont eu lieu en décembre 2019 et les intervenants y participant avaient pour mandat d'implanter le programme dans leur milieu. Entre décembre 2019 et septembre 2020, 64 intervenants provenant de dix communautés des PNI ainsi que d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et de deux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ont reçu la formation *Sage Usage*. La période d'implantation initiale du programme dont il est question dans ce mémoire s'est poursuivie jusqu'en mars 2021. La pandémie de Covid-19 qui est survenue en mars 2020 a considérablement freiné les efforts d'implantation du programme.

Le programme *Sage Usage*

Sage Usage s'inscrit dans le même esprit et possède essentiellement les mêmes bases théoriques qu'*Alcochoix+*, mais l'approche holistique basée sur la culture autochtone y a été intégrée. Les paragraphes subséquents décrivent les principales bases théoriques sous-jacentes à *Sage Usage*.

La réduction des méfaits (RDM)

La RDM est une approche pragmatique et humaniste qui vise à outiller les personnes qui consomment des substances (ou adoptent d'autres comportements à risque ou « addictifs ») de façon à réduire les conséquences négatives associées à la consommation de SPA (Brisson, 1997; CATIE, 2021). Bien qu'elle soit surtout connue pour des pratiques d'intervention qui visent la réduction des risques associés à l'utilisation de drogues injectables telles que les sites d'injection supervisés, la RDM inclut également les interventions brèves ou motivationnelles qui visent la consommation contrôlée (Brisson et Fallu, 2008; Fallu et Brisson, 2013; Gouvernement du Québec, 2022a).

Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada²

Il existe une diversité de profils de consommation d'alcool pouvant être représentée par un continuum allant de l'abstinence jusqu'à un trouble sévère de l'usage de l'alcool tel que défini dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. Les risques associés à l'usage d'alcool sont fonction de la fréquence et de l'intensité de sa consommation. Bien que toute consommation d'alcool comporte un certain risque, Santé Canada a émis des directives en matière d'usage d'alcool à faible risque qui permettent à la population qui choisit de consommer de l'alcool de le faire à l'intérieur de limites qui réduisent considérablement les méfaits associés. En effet, pour éviter les risques à long terme pour la santé, notamment certains cancers et des maladies du foie, on recommande aux femmes de limiter leur consommation à deux verres par jour et à dix verres par semaine et aux hommes de consommer un maximum de trois verres par jour et de 15 par semaine. On recommande également de ne pas boire d'alcool tous les jours pour éviter la dépendance. Pour éviter les risques à court terme tels, que les accidents, les blessures et la violence, on recommande que, lors d'occasions spéciales, les femmes n'excèdent pas trois consommations standards d'alcool par occasion et les hommes quatre. Il est également recommandé de s'abstenir de consommer de l'alcool dans certaines situations, notamment lors de la pratique d'activités dangereuses, en conduisant un véhicule ou lors d'une grossesse. Les personnes dont la consommation excède les limites suggérées dans les recommandations de Santé Canada, mais qui n'atteignent pas les critères d'un trouble, ont un usage considéré comme à risque (Butt *et al.*, 2011; Gouvernement du Québec, 2022b).

La prévention secondaire/ciblée et indiquée

Alors que la prévention primaire correspond aux interventions effectuées avant l'apparition d'un trouble ou d'une maladie, la prévention secondaire inclut les activités de dépistage précoce et consiste à offrir un traitement ou des services aux personnes qui manifestent les signes précurseurs d'un trouble avant qu'elles ne fassent l'expérience des conséquences

² Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a publié en août 2022 Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Ce rapport, qui propose de modifier les directives, fait actuellement l'objet d'une consultation publique. À ce jour, les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada n'ont pas été modifiées.

associées (Gagnon *et al.*, 2012). Les pratiques de prévention peuvent également être classifiées en fonction de leur cible d'intervention. Ainsi, il existe des pratiques de prévention universelle, qui s'adressent à la population générale ainsi que des pratiques de prévention ciblées (Laventure *et al.*, 2010). La prévention ciblée peut-être sélective, c'est-à-dire qu'elle vise des sous-groupes de la population qui présentent des facteurs de risque qui augmentent la probabilité de développer une problématique, ou indiquée, c'est-à-dire qu'elle s'adresse à des individus chez qui on a pu observer des facteurs de risque ou des signes de l'émergence d'un problème, mais sans rencontrer les critères d'un trouble (Gagnon *et al.*, 2012; Gordon, 1983). Le programme *Sage Usage* s'inscrit dans le cadre de pratiques de prévention secondaires, ciblées et indiquées.

Les programmes de boire contrôlé

Le programme *Sage Usage* s'inscrit dans la catégorie des programmes de boire contrôlé, qui visent à ce que la personne développe des stratégies pour réduire sa consommation d'alcool et la maintenir à un niveau qui lui permet d'éviter les conséquences associées (problèmes de santé, problèmes familiaux et interpersonnels, problèmes d'emploi, etc.) (Rosenberg, 2002; Simoneau *et al.*, 2012). L'expression « boire contrôlé » est la plus utilisée dans la littérature, mais les membres du comité aviseur ont choisi de privilégier l'expression « boire modéré » pour référer au même concept dans le contexte de *Sage Usage*. Les interventions qui visent la consommation modérée ont fait l'objet de nombreux débats au cours des dernières décennies (Marlatt *et al.*, 1993; Saladin et Ana, 2004), mais leur utilisation est soutenue par la littérature scientifique et ils conviennent généralement bien aux besoins des buveurs non dépendants ayant une consommation à risque et ne souhaitant pas être abstinents (Henssler *et al.*, 2021; Rosenberg, 2002).

La théorie de l'apprentissage social

Selon la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977), les comportements humains sont appris, ce qui implique qu'ils sont susceptibles d'être remplacés ou modifiés par l'apprentissage d'autres comportements. Elle postule également que les attentes d'efficacité personnelle sont déterminantes des efforts déployés pour l'initiation et le maintien d'une stratégie

d'adaptation au stress. Ainsi, vu sous cet angle, l'usage problématique d'alcool est une stratégie d'adaptation au stress apprise et susceptible d'être remplacée ou modifiée par l'apprentissage de nouvelles stratégies. En ce sens, les interventions visant à augmenter les attentes d'efficacité personnelle sont susceptibles de favoriser l'adoption de stratégies d'adaptation au stress autres que la consommation d'alcool chez les buveurs problématiques (Maisto *et al.*, 1999).

La prévention structurée de la rechute

Basée sur le modèle explicatif de la rechute proposé par Marlatt et Gordon en 1985, la prévention de la rechute vise à ce que la personne soit en mesure d'identifier et d'anticiper les situations qui la mettent à haut de risque de consommer (ou de trop consommer) de façon à mettre en place des stratégies alternatives à la consommation. En cohérence avec la théorie de l'apprentissage social, la prévention de la rechute veut que l'utilisation par la personne de stratégies adéquates lorsqu'elle fait face à des situations à haut risque ait pour effet d'augmenter ses attentes d'efficacité personnelle (Marlatt *et al.*, 2002). La normalisation de la rechute pour la recadrer comme une expérience d'apprentissage ainsi que le développement d'attentes réalistes face à la consommation d'alcool sont des stratégies inhérentes à la prévention structurée de la rechute (Larimer et Marlatt, 1990).

La théorie de l'autodétermination

Développée dans les années 80 par Deci et Ryan, la théorie de l'autodétermination est une macro-théorie de la motivation humaine (Csillik et Fenouillet, 2019), qui postule l'existence de deux grands types de motivation, soit la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque est considérée comme étant à l'origine d'actions autodéterminées qui sont en lien avec les intérêts de la personne alors que la motivation extrinsèque correspond à des actions à visée instrumentale, en lien avec la recherche de récompense ou l'évitement de punitions (Deci et Ryan, 2000). Selon cette théorie, la motivation peut être vue sur un continuum, allant de l'amotivation (lorsque la personne ne perçoit pas de lien entre son comportement et ce qui en résulte ou lorsqu'elle maintient un comportement malgré son désir d'y mettre fin) à la motivation intrinsèque. Entre ces deux pôles, on retrouve la motivation extrinsèque, qui se

subdivise en quatre types dont le degré d'internalisation est croissant : la régulation externe, l'introjection, l'identification et l'intégration (Deci et Ryan, 2009). Plus un comportement se rapproche de la motivation intrinsèque sur le continuum, plus il est autodéterminé (Deci et Ryan, 2000, 2009). Avoir une compréhension plus précise du type de motivation d'une personne permet de mieux anticiper son engagement dans une démarche de changement et de mieux adapter les interventions (Csillik et Fenouillet, 2019).

Le modèle transthéorique du changement

Initialement développé auprès de fumeurs, le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente est largement utilisé dans le domaine des dépendances. Il postule que toute démarche de changement de comportement progresse à travers cinq stades. Cette progression n'est toutefois pas linéaire et implique des rechutes et des régressions à des stades antérieurs. La *précontemplation* correspond au stade où la personne ne reconnaît pas avoir un problème et n'a aucune intention de changer. La personne qui se retrouve dans les services à ce stade le fait souvent en raison de pressions extérieures (famille, justice, emploi, etc.). Au stade de *contemplation*, la personne prend conscience de son problème et pense à faire quelque chose pour y remédier, mais sans envisager d'action concrète en ce sens. Ce stade est également caractérisé par l'ambivalence à l'égard du changement. Au stade de *préparation*, la personne a la ferme intention de changer dans un futur relativement proche. Elle expérimente de petits changements, mais ne s'est pas encore engagée dans une véritable démarche de modification du comportement problématique. Le stade d'*action* est celui pendant lequel la personne met en œuvre des stratégies et effectue les changements nécessaires pour remplacer le comportement cible par un comportement plus adéquat. Finalement, au stade de *maintien*, la personne travaille en vue de prévenir la rechute et de consolider ses acquis pour faire en sorte que son changement de comportement puisse être maintenu dans le temps (Prochaska et DiClemente, 1983; Prochaska *et al.*, 1992).

L'entretien motivationnel (EM)

Utilisé dans une variété de domaines, l'EM s'inscrit dans la famille des approches motivationnelles. Il s'agit d'une méthode clinique qui vise à favoriser l'intérêt et l'engagement vers l'atteinte d'un but. Ses auteurs la définissent comme « un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (Miller et Rollnick, 2019). Il s'agit d'une approche centrée sur la personne qui comporte quatre aspects essentiels, soit le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation. Le partenariat implique une relation égalitaire entre l'intervenant et le client qui est considéré comme expert de sa situation. Le non-jugement consiste en l'acceptation inconditionnelle de l'autre, peu importe ses choix. L'altruisme se traduit par une attitude bienveillante et un engagement actif pour le bien-être de la personne accompagnée. L'évocation repose sur la conviction que la personne possède en elle les ressources nécessaires pour résoudre la situation dans laquelle elle se trouve et qu'il importe de l'amener à évoquer le discours de changement déjà présent chez elle (en opposition au modèle du déficit voulant que quelque chose soit déficitaire chez la personne et que le thérapeute soit là pour combler ce manque). L'entretien motivationnel cherche à susciter chez la personne le discours en faveur du changement sans avoir recours à la confrontation (Miller et Rollnick, 2019). L'EM s'inscrit dans les meilleures pratiques d'intervention en matière d'usage d'alcool (DiClemente *et al.*, 2017).

L'approche holistique basée sur la culture

Selon une vision holistique, le bien-être est un état d'équilibre entre les sphères physique, mentale, spirituelle, culturelle, sociale, émotionnelle et communautaire (First Nations Addictions Advisory Panel et Health Canada, 2012). Cette conception de la santé et du bien-être s'inscrit en cohérence avec la vision du monde sous un angle relationnel, commune aux communautés autochtones (Cross *et al.*, 2000). Les interventions basées sur la culture autochtone abordent le bien-être dans une perspective holistique (Dell *et al.*, 2011) et intègrent les langues et les traditions des communautés (Dumont et National Native Addictions Partnership Foundation, 2014). Elles sont identifiées dans plusieurs travaux comme étant les interventions les plus

prometteuses en matière d'usage de substances auprès des personnes des Premiers Peuples (Rowan *et al.*, 2014; Urbanoski, 2017).

Chez les Premières Nations, la roue médicinale est un symbole fort qui représente l'équilibre de vie et le bien-être holistique et est traditionnellement utilisée pour soutenir le processus de guérison (Twigg et Hengen, 2009). Cependant, la roue médicinale n'est pas un symbole traditionnel chez les Inuit même si ces derniers partagent une vision holistique de la santé et du bien-être. Le modèle *Ilusirsusiarniq qanuinnngisiarniq inuuqatigiitsianiq* (IQI) et les déterminants sociaux de la santé (voir Figure 1) représentent une conceptualisation plus adaptée à la réalité des Inuit du Nunavik (Nunavik Regional Board of Health and Social Services [NRBHSS], 2022).

Figure 1

Le modèle IQI et les déterminants sociaux de la santé au Nunavik (NRBHSS, 2022)



Caractéristiques spécifiques du programme Sage Usage.

Sage Usage a été développé afin qu'il s'inscrive en cohérence avec la vision du monde des PNI. Dans *Sage Usage*, les niveaux de risque associés à l'usage d'alcool sont illustrés par des feux (voir Figure 2), une image développée en co-construction lors du séminaire de réflexion et partage des savoirs de 2017. L'équipe de recherche et le comité-conseil ont également développé un cadre théorique spécifique à *Sage Usage* inspiré de la roue médicinale et de symboles culturels significatifs pour les nations participantes (voir Figure 3). Cette roue du changement se veut inclusive et peut être modifiée par la personne accompagnée pour qu'elle soit significative pour elle. Les différentes composantes du programme *Sage Usage* sont illustrées par des exemples de situations vécues par trois personnages représentatifs des réalités des PNI qui ont été cocréés dans le cadre des séminaires de travail (Plourde *et al.*, 2019).

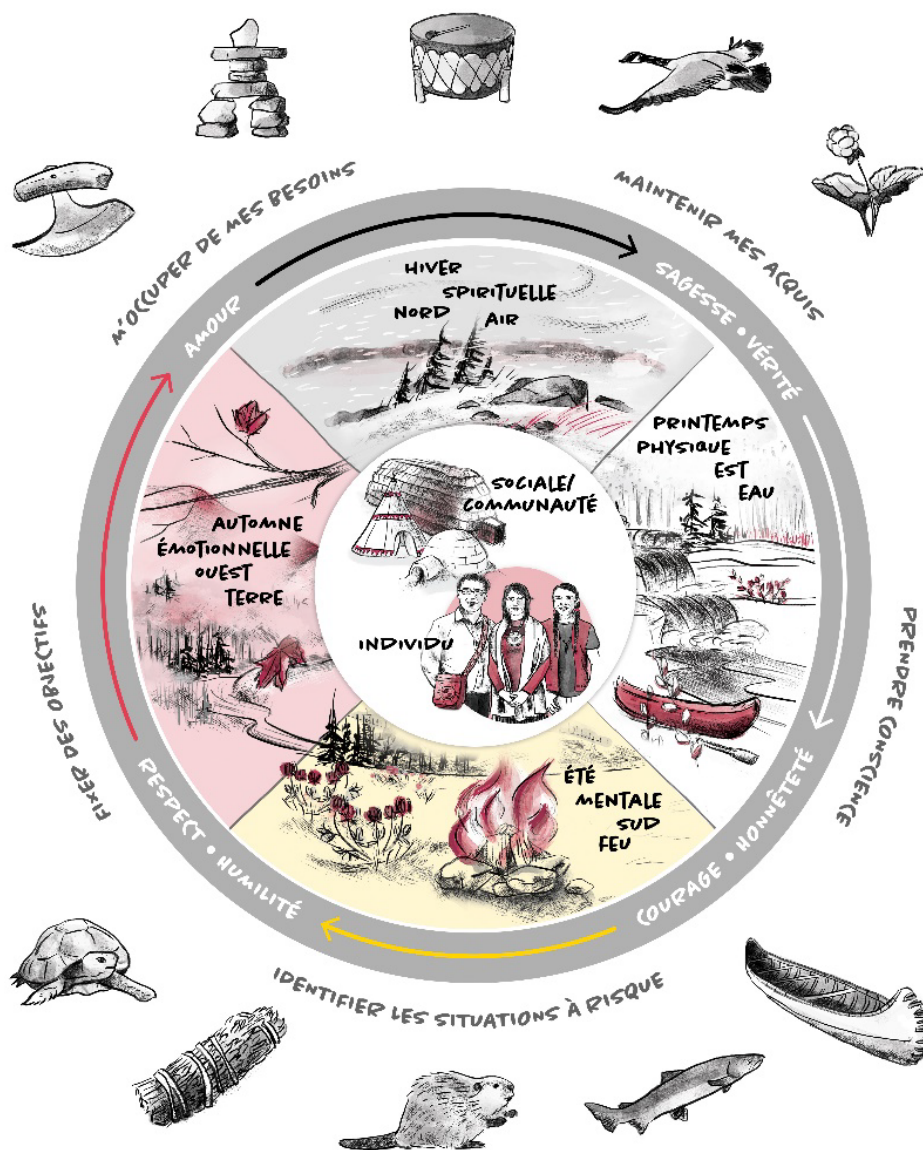
Figure 2

Les niveaux de risque associés à l'usage d'alcool (Plourde et al., 2019)



Figure 3

Cadre théorique de Sage Usage (Plourde et al., 2019)



Éléments liés à la méthode

Puisque l'efficacité d'une intervention ou d'un programme est tributaire de son implantation, il est pertinent et souhaitable d'identifier les processus qui la facilitent ou l'entravent (Chen, 2015; Joly *et al.*, 2009). En effet, l'évaluation d'implantation, parfois appelée « évaluation de processus » joue principalement deux rôles. Elle fournit une rétroaction permettant d'apporter les ajustements nécessaires au programme et elle complète l'évaluation d'efficacité en apportant un éclairage quant à l'interprétation des résultats (Rossi *et al.*, 2019). On distingue deux phases dans l'implantation d'un programme, soit la phase d'implantation initiale et la phase d'implantation mature (Joly *et al.*, 2009; Rossi *et al.*, 2019). La présente étude s'intéresse à l'implantation initiale de *Sage Usage*. À ce stade, l'évaluation se veut formative, c'est-à-dire qu'elle vise à obtenir des informations sur la mise en œuvre du programme qui pourront être utilisées rapidement pour améliorer la convenance du programme avec le contexte d'implantation (Chen, 2015; Rossi *et al.*, 2019). En outre, il appert que la compréhension des processus d'implantation et l'application de stratégies la favorisant peuvent se faire de façon concurrente, voire faire partie intégrante du développement d'une innovation (Allotey *et al.*, 2008; Lobb et Colditz, 2013; Mehta *et al.*, 2021). Les dimensions d'intérêt d'une étude d'implantation sont, de façon générale, la clientèle rejointe par le programme, les obstacles rencontrés, les activités ou interventions réalisées, les conditions de réalisation de ces dernières ainsi que leur quantité et leur qualité (Joly *et al.*, 2009).

Les résultats d'implantation

Aspirant à développer une conceptualisation et un langage communs pour la recherche sur l'implantation, Proctor *et al.* (2011) ont développé une taxonomie des « résultats d'implantation ». Ces derniers correspondent aux effets d'actions volontaires et intentionnelles mises en œuvre pour implanter une nouvelle pratique. Ils servent d'indicateurs de la réussite et des processus d'implantation, tout en étant des intermédiaires clés par rapport aux résultats d'efficacité de l'innovation, puisqu'ils représentent des conditions préalables aux changements escomptés sur le plan clinique. La taxonomie comporte huit indicateurs observables et mesurables dont la saillance est fonction du stade d'implantation : l'acceptabilité, la pertinence, la

faisabilité, l'adoption, les coûts différentiels d'implantation, la fidélité, la pénétration et la durabilité.

L'acceptabilité correspond à la perception des parties prenantes que le programme ou l'intervention est acceptable et satisfaisant. Semblable sur le plan conceptuel, *la pertinence* est la perception de ces mêmes acteurs de l'adéquation du programme avec le contexte pour traiter le problème qu'il vise à résoudre. *La faisabilité* est la mesure dans laquelle il est possible d'utiliser ou de transporter une innovation dans un contexte ou auprès d'une population spécifique. Ces trois premiers « résultats d'implantation » sont précurseurs du quatrième soit *l'adoption*, qui consiste en l'intention et la décision de déployer les efforts nécessaires pour mettre en œuvre la nouvelle pratique. *Les coûts différentiels d'implantation* correspondent aux dépenses supplémentaires occasionnées par l'implantation du programme. Documenter ces coûts permet d'une part de les comparer à ceux des interventions habituelles ou alternatives et, d'autre part, de comparer les coûts associés à différentes stratégies d'implantation. *La fidélité* correspond au degré selon lequel la pratique est implantée conformément au protocole d'implantation. Observable vers les stades plus avancés de l'implantation, *la pénétration* se définit comme le niveau d'intégration de l'intervention dans le cadre de services. Conceptuellement reliée à la pénétration, *la durabilité* est le niveau selon lequel l'innovation est institutionnalisée et maintenue dans le cadre de services (Proctor *et al.*, 2011; Proctor *et al.*, 2014). Cette taxonomie sera utilisée pour conceptualiser les indicateurs d'implantation et les stratégies qui leur sont associées.

La sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle est une approche de soins développée en Nouvelle-Zélande dans les années 80 par Irihapeti Ramsden, infirmière et chercheuse, pour réduire les insatisfactions vécues par les personnes d'origine maorie dans leurs rapports avec les services de santé. Cette approche vise à ce que les soins et les services dispensés soient empreints de respect et de considération pour l'identité culturelle autochtone et qu'ils encouragent l'équité (Doutrich *et al.*, 2012; Koptie, 2009). En effet, la sécurisation culturelle implique de reconnaître (individuellement

et systématiquement) les obstacles à l'efficacité et à l'effectivité des soins inhérents au déséquilibre en matière de pouvoir entre les prestataires de service autochtones et la culture dominante (Laverty *et al.*, 2017). Pour mettre en place des pratiques culturellement sécurisantes, il est fondamental que les milieux cliniques et académiques cherchent à comprendre et à éliminer les inégalités, ce qui s'appuie, entre autres, sur une bonne compréhension de la façon dont l'histoire traumatique des peuples autochtones influence leurs pratiques (Doutrich *et al.*, 2012). La sécurisation culturelle implique également un processus de réflexion critique de la part des intervenants et des organisations de sorte qu'ils prennent conscience de l'impact de leurs biais culturels sur l'expérience vécue par la personne autochtone en contexte de soins ou de services (Curtis *et al.*, 2019; Doutrich *et al.*, 2012). Le concept de sécurisation culturelle est difficile à opérationnaliser et les définitions varient (Blanchet-Garneau et Pepin, 2012). Cependant, l'importance de la remise en question des pratiques et de la prise en compte des inégalités sont des orientations générales qui font consensus (Browne *et al.*, 2009; Curtis *et al.*, 2019; Doutrich *et al.*, 2012). La démarche mise en place dans ce projet inscrit la notion de sécurisation culturelle comme principe philosophique transversal à l'ensemble des activités scientifiques et cliniques.

Objectifs de l'étude

L'évaluation de l'implantation initiale de *Sage Usage* a été réalisée via des méthodes respectueuses des modes de connaissances autochtones, lesquelles permettent de prioriser la parole des parties prenantes et de s'inscrire dans une vision holistique et culturellement sécurisante. Dans un souci de tendre le plus possible vers l'adéquation du programme avec les besoins et les réalités des communautés des PNI, la présente étude vise à documenter trois composantes, soit 1) le degré d'implantation du programme *Sage Usage* dans 10 communautés des PNI du Québec, un centre intégré de santé et service sociaux (CISSS) et deux centres intégrés universitaires de santé et services sociaux, 2) la perspective des intervenants formés au programme quant à leur expérience d'implantation au stade d'implantation initiale, et 3) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation d'un programme non axé sur l'abstinence auprès des PNI.

Chapitre 2 : L'article scientifique

Titre :

« Ça m'a fait comme ouvrir mes œillères! » : Perspective des intervenants sur l'implantation initiale du programme Sage Usage.

Titre abrégé :

Perspective des intervenants sur l'implantation initiale du programme Sage Usage

Auteurs :

Pascale Alarie-Vézina, cM.Sc, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

3415 De Courval, Trois-Rivières, QC

Pascale.alarie-vezina@uqtr.ca

819-690-2230

Chantal Plourde, Ph.D., professeure titulaire, UQTR

Joël Tremblay, Ph.D., professeur titulaire, UQTR

Myriam Laventure, Ph.D., professeur titulaire, Université de Sherbrooke

Jennifer Beauregard, M.Sc., professionnelle de recherche, UQTR

Résumé

Contexte : Sage Usage (SU) est un programme novateur s'adressant aux Premières Nations et aux Inuit (PNI) qui vise le développement de stratégies pour atteindre et maintenir un usage modéré d'alcool. SU a fait l'objet d'un processus participatif et itératif de modification d'Alcochoix+, visant à le rendre culturellement pertinent et cohérent avec les valeurs et réalités des PNI.

Objectifs : L'étude vise à documenter 1) le degré d'implantation du programme SU, 2) la perspective des intervenants formés au programme quant à leur expérience au stade d'implantation initiale, et 3) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation.

Méthode : Des acteurs de l'intervention en dépendance dans les communautés des PNI ayant reçu la formation (n=31) ont participé à des entrevues de groupe et individuelles portant sur leur expérience d'implantation du programme. Les verbatims des entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu thématique avec NVivo.

Résultats : SU a été peu implanté et des enjeux en lien avec l'adoption, l'acceptabilité et la faisabilité ont été identifiés. SU est perçu par les participants comme ayant un bon niveau de convenance sur le plan du contenu, mais moins sur le plan de sa structure externe. Des retombées positives inattendues sur les pratiques professionnelles des intervenants ont été évoquées.

Discussion : Diviser le programme pour rendre ses composantes utilisables indépendamment les unes des autres apparaît comme une stratégie favorisant l'adéquation culturelle du programme. SU bonifie l'offre de service des

communautés et plusieurs modalités de prestation (formule couple, suivi post-thérapie, etc.) apparaissent prometteuses pour adapter SU aux besoins spécifiques de chaque communauté.

Conclusions : Un engagement à long terme via une démarche flexible permettant aux communautés de s'approprier le programme apparaît fondamental pour favoriser une implantation durable et pertinente auprès des PNI.

Mots-clés : Premières Nations et Inuit, Implantation de programme, Usage d'alcool, Approche participative communautaire

Abstract

Background: Wise Choices is an innovative program for First Nations and Inuit (FNI) that focuses on developing strategies to achieve and maintain moderate alcohol use. Wise Choices has undergone a participatory and iterative process of modifying Alcochoix+ to make it culturally relevant and consistent with the values and realities of FNI.

Objectives: The purpose of the study is to document 1) the degree of implementation of the Wise Choices program, 2) the perspective of stakeholders trained in the program regarding their experience in the initial implementation stage, and 3) facilitators and barriers to implementation.

Method: Addiction intervention stakeholders in the trained FNI communities (n=31) participated in group and individual interviews about their experience implementing the program. Interview verbatims were subjected to a qualitative thematic content analysis with NVivo.

Results: Wise Choices has been implemented to a limited extent and issues related to adoption, acceptability, and feasibility have been identified. Wise Choices is perceived by participants as having a good level of suitability in terms of content, but less so in terms of its delivery structure. Unexpected positive impacts on stakeholders' professional practices were reported.

Discussion: Dividing the program to make its components usable independently of each other appears to be a strategy that promotes the cultural appropriateness of the program. Wise Choices enhances the service offer in the communities and

several delivery modalities (couple formula, post-therapy follow-up, ...) appear promising to adapt Wise Choices to the specific needs of each community.

Conclusions: A long-term commitment through a flexible approach that allows communities to take ownership of the program appears fundamental to promote a sustainable and relevant implementation among FNI.

Keywords: First Nations and Inuit, Program Implementation, Alcohol Use, Community-Based Participatory Approach

Introduction

Contrairement à la croyance populaire, les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit (PNI) présentent des profils d'intensité d'usage d'alcool diversifiés (Bélanger *et al.*, 2020; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), 2018; Lévesque *et al.*, 2018). Certains consomment de manière occasionnelle, d'autres plus régulièrement et d'autres de manière excessive. L'impact de cette consommation sur le fonctionnement général et les diverses sphères de vie est également variable. Or, actuellement, l'offre de service en dépendance dans les communautés des PNI du Québec est ancrée dans des approches ciblant principalement l'abstinence, via des thérapies offertes en hébergement et souvent à l'extérieur, des communautés. Ces interventions conviennent généralement aux personnes présentant des problématiques sévères, mais ne sont pas adaptées aux personnes dont l'usage d'alcool est à risque faible ou modéré (Chauvet *et al.*, 2015; McKay, 2009). Cet état de fait trouve probablement son explication dans un contexte sociohistorique où les membres des communautés autochtones ont été stigmatisés et étiquetés comme incapables de consommer de l'alcool de façon modérée en raison d'une vulnérabilité génétique (Roy, 2005), une idée qui n'est, par ailleurs, pas appuyée scientifiquement (Enoch et Albaugh, 2017). Or, une offre de services plus diversifiée, incluant des interventions s'inscrivant dans une philosophie de réduction des méfaits et visant la modération de la consommation, répondrait mieux aux besoins des personnes ayant un usage à risque faible ou

modéré (Dell et Lyons, 2007; Lévesque *et al.*, 2018; Plourde *et al.*, 2010; Wardman et Quantz, 2006) de façon à éviter une aggravation, voire une chronicisation des difficultés liées à leur consommation d'alcool (Substance Abuse and Mental Health Services Administration of United States, 2016). Ce constat du besoin d'intervention visant un boire modéré est également celui d'acteurs de l'intervention en dépendance de neuf PNI, réunis en 2017 dans le cadre d'un séminaire collaboratif de réflexion sur les pratiques d'intervention en dépendance dans leurs communautés (Plourde *et al.*, en rédaction).

Enraciné dans ces réflexions s'est amorcé le développement du programme Sage Usage (Wise Choices dans sa version anglophone), une version du programme *Alcochoix+* (Simoneau, Landry et Tremblay, 2005), dont la forme et le contenu ont fait l'objet d'un processus collaboratif et itératif d'adaptation visant à le rendre cohérent avec les cultures, les valeurs et les réalités des PNI (Kumpfer *et al.*, 2008). Basé sur les approches motivationnelle et cognitivo-comportementale et s'inscrivant dans une perspective de réduction des méfaits, il s'agit d'un programme de prévention secondaire qui vise le développement de stratégies pour atteindre et maintenir un « sage usage » d'alcool, soit un usage conscient, responsable, volontaire, respectueux, positif et contrôlé (Plourde *et al.*, 2019). Sage Usage a été développé et implanté à la demande des organisations autochtones via une approche participative impliquant des intervenants en dépendance des communautés engagées dans le projet. À la suite de la formation d'un comité aviseur regroupant des acteurs de l'intervention en dépendance de

dix communautés autochtones différentes, plusieurs modifications ont été apportées sur le plan du vocabulaire, des illustrations et des symboles, mais aussi en insufflant au programme une perspective plus holistique de la personne, la situant dans une communauté tout en tenant compte de toutes les sphères de sa vie, dont sa spiritualité. L'implantation de Sage Usage a débuté en décembre 2019.

Par définition, une étude d'implantation s'intéresse aux facteurs d'influence et aux processus qui conduisent au succès ou à l'échec de la mise en œuvre d'un programme (Peters *et al.*, 2014; Rudd *et al.*, 2020). Deux phases composent habituellement l'implantation d'un programme, soit l'implantation initiale et l'implantation mature (Joly *et al.*, 2010). L'évaluation d'implantation de la phase initiale est formative, c'est-à-dire qu'elle vise à obtenir une rétroaction concernant l'implantabilité du programme dans sa forme initiale et donc, en cours de son développement, en vue de promptement le modifier afin de le rendre mieux adapté au contexte d'implantation (Chen, 2015). Lors de l'implantation initiale, la compréhension des processus d'implantation et l'application de stratégies la favorisant peuvent se faire de façon concurrente, voire faire partie intégrante du développement du programme (Allotey *et al.*, 2008; Lobb et Colditz, 2013; Mehta *et al.*, 2021). Ainsi, le programme et sa mise en œuvre peuvent être ajustés de façon à ce qu'ils correspondent davantage aux besoins et à la réalité du milieu d'implantation (Joly *et al.*, 2010). La phase d'implantation mature se déroule lors d'un stade plus avancé du programme. Elle vise moins à influencer la modification

du programme et s'intéresse principalement à sa fidélité d'implantation (Chen, 2015).

Les résultats de la qualité d'implantation varient en fonction du degré de maturité d'un programme et de son implantation. Aspirant à développer une conceptualisation et un langage commun pour la recherche sur l'implantation, Proctor et ses collègues (2011) ont mis de l'avant une taxonomie des « résultats d'implantation » en identifiant leur saillance en fonction des stades de développement et d'implantation d'un programme. Cette taxonomie, fréquemment utilisée, comporte huit « résultats d'implantation » observables et mesurables dont six sont observables lors d'une phase d'implantation initiale : l'acceptabilité, l'adoption, la convenance, la faisabilité, la fidélité et les coûts différentiels d'implantation. La taxonomie des « résultats d'implantation » de Proctor *et al.* (2011) est décrite dans le Tableau 1. En plus d'être différenciés en fonction du stade de développement d'un programme, ces indicateurs de la qualité d'implantation sont universels (2200 articles citent Proctor *et al.*, 2011, Scopus) et, surtout, ils ont déjà démontré leur applicabilité en milieu autochtone lors d'une étude d'implantation d'une intervention de gestion du diabète culturellement adaptée pour les populations autochtones d'Hawaï et des Îles du Pacifique (Sinclair *et al.*, 2020).

Tableau 1 – Taxonomie des résultats d'implantation (Proctor *et al.*, 2011; Proctor, Powell et Feely, 2014)

Résultats d'implantation	Définition	Stades d'implantation
Acceptabilité	La perception des parties prenantes que le programme ou l'intervention est acceptable et satisfaisant.	Initial Intermédiaire Mature
Adoption	L'intention et la décision par les parties prenantes de déployer les efforts nécessaires pour mettre en œuvre la nouvelle pratique	Initial Intermédiaire
Convenance	La perception des parties prenantes de l'adéquation du programme avec le contexte pour traiter le problème qu'il vise à résoudre.	Initial
Faisabilité	La mesure dans laquelle il est possible d'utiliser ou de transporter une innovation dans un contexte ou auprès d'une population spécifique.	Initial
Fidélité	Le degré selon lequel la pratique est implantée conformément au protocole d'implantation.	Initial Intermédiaire
Coûts différentiels d'implantation	Les dépenses supplémentaires occasionnées par l'implantation du programme ou de la nouvelle pratique.	Initial Intermédiaire Mature
Pénétration	Le niveau d'intégration de l'intervention dans le cadre de services.	Intermédiaire

Durabilité	Le niveau selon lequel l'innovation est institutionnalisée et maintenue dans le cadre de services.	Mature Mature
------------	--	------------------

Considérant que le programme Sage Usage correspond à un changement dans les pratiques en plus d'être une version modifiée d'un programme ne s'adressant pas spécifiquement aux PNI, l'évaluation de la phase d'implantation initiale du programme apparaît incontournable pour assurer l'adéquation du programme avec la vision du monde des PNI et la réalité des communautés. Pour ce faire, une approche participative a été priorisée. Une telle approche implique un engagement durable au sein duquel les membres des communautés sont des partenaires avec un véritable pouvoir décisionnel (MacKinnon, 2018). Au cours de l'implantation initiale, des échanges réguliers ont eu lieu avec les acteurs de l'implantation et les membres du comité aviseur, ce qui a permis de donner une voie aux parties prenantes et d'orienter la conduite de l'évaluation en fonction des réels besoins des communautés autochtones partenaires.

Objectifs

Cet article vise à documenter 1) le degré d'implantation initiale du programme Sage Usage dans 10 communautés des PNI du Québec, un centre intégré de santé et service sociaux (CISSS) et deux centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS), 2) la perspective des intervenants formés au programme quant à leur expérience d'implantation au stade d'implantation initiale, et 3) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation d'un programme non axé sur l'abstinence, dans les communautés autochtones au Québec. Le tout est mené dans la perspective d'améliorer l'adéquation culturelle du programme Sage Usage.

Méthode

Un devis qualitatif a été privilégié dans cette étude puisque, non seulement ce type de devis permet d'investiguer en profondeur ce qui se produit durant l'implantation (Hamilton et Finley, 2019) et s'adapte bien aux circonstances de l'évaluation (Creswell, 2014), mais également parce qu'il correspond au mode oral privilégié par les gens des communautés autochtones (Canadian Centre for Policy Alternatives [CCPA] Manitoba, 2018). La recherche évaluative en contexte autochtone impose de prendre une distance en regard du paradigme positiviste qui voudrait que l'on saisisse les phénomènes via des mesures dites objectives (questionnaires fidèles et valides) en adoptant une posture qui accueille favorablement des méthodes s'inscrivant en cohérence avec les philosophies autochtones (CCPA Manitoba, 2018). Ces dernières sont caractérisées par une vision holistique de la personne tout en privilégiant une approche relationnelle forte (Ball et Janyst, 2008; CCPA Manitoba, 2018; Dion *et al.*, 2020; Drawson *et al.*, 2017; Smith, 2021).

Participants

Les participants à la recherche ont tous reçu une formation (décembre 2019 à octobre 2020) pour implanter le programme Sage Usage dans leur pratique. Parmi les participants à l'étude (n=31), 75 % sont des intervenants dans les communautés autochtones et 25 % occupent des fonctions de gestion ou de rôle-conseil. Neuf participants sont autochtones et ces derniers travaillent directement dans les communautés. Parmi les vingt-deux participants allochtones, tous travaillent directement

auprès des personnes autochtones dont 40 % directement dans une communauté autochtone, alors que 60 % travaillent auprès de cette clientèle, mais en milieu urbain. Treize entrevues individuelles ont été réalisées et deux séries de quatre groupes de discussion (en moyenne quatre participants par groupe) ont eu lieu. En fonction de leurs disponibilités, certains intervenants ont participé aux groupes de discussion des deux temps de mesure en plus de réaliser une entrevue individuelle, alors que d'autres n'ont participé qu'à une seule des deux modalités.

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CISSS de Chaudière-Appalaches (MP-23-2019-550) ainsi que par le CER sur les êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-18-251-10.02). Pour s'assurer que le consentement était libre et éclairé, les détails de la recherche et du formulaire étaient présentés sans pression par un membre de l'équipe de recherche lors des activités de formation.

Collecte de données

À la suite des formations, des entrevues de groupe d'une durée variant de 60 à 90 minutes ont eu lieu pour évaluer la qualité de l'implantation initiale du programme Sage Usage. Ces rencontres ont été animées par des membres de l'équipe de recherche, connus des participants vu leur implication dans les activités de formation et de soutien clinique. Le guide d'entrevue élaboré pour le premier groupe de discussion contenait des questions visant à ce que les participants (1) posent leurs questions en lien avec le

programme, (2) discutent des obstacles à l'implantation et des stratégies à mettre en place pour y faire face et (3) discutent de la trajectoire de services pour accéder à Sage Usage. Dans le guide d'entrevue du deuxième groupe de discussion, en plus des thèmes abordés lors du groupe précédent, les questions portaient sur (1) l'adhésion au programme des personnes accompagnées et (2) les changements qu'ils aimeraient voir apporter à Sage Usage pour répondre aux besoins des personnes accompagnées ou faciliter son utilisation dans la pratique clinique. Ces entrevues de groupe ont été enregistrées et une synthèse des propos tenus par les participants a été produite pour chaque rencontre. Puisque les réponses des participants de la seconde série d'entrevues étaient semblables à celles de la première vague, l'équipe de recherche a convenu que la saturation des données avait été atteinte en ce qui avait trait à la modalité des entrevues de groupe, cette modalité étant plus appropriée pour la collecte d'informations de surface (Robins *et al.*, 2008).

Pour approfondir les éléments colligés dans les entrevues de groupe auprès des intervenants, des entrevues individuelles semi-structurées (n=13) d'une durée variant de 30 à 60 minutes ont été réalisées. Le guide d'entrevue développé visait à comprendre l'expérience et la perception des intervenants en regard de l'implantation initiale du programme Sage Usage. Les questions portaient notamment sur, a) l'utilisation du programme par les intervenants, b) leur point de vue sur l'approche de réduction des méfaits proposée dans le programme Sage Usage, c) leur perception en lien avec la formation reçue et la mise en place éventuelle d'un programme de mentorat, d) la

pertinence culturelle du programme, e) le caractère prioritaire ou non de la clientèle cible, f) les principaux obstacles et facilitateurs de l'implantation ainsi que g) l'impact perçu de la formation au programme sur leur pratique générale. Ces entretiens ont été enregistrés et les verbatims ont été transcrits.

Analyse des données

Les synthèses des entrevues de groupe et les verbatims des entrevues individuelles ont fait l'objet d'une analyse thématique avec le logiciel NVivo qui a permis de repérer et regrouper les thèmes du corpus pour ensuite représenter les éléments de convergence et de divergence dans un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2016). L'analyse de ces thèmes a révélé qu'ils s'inscrivaient en cohérence avec la taxonomie des « résultats d'implantation » développée par Proctor *et al.*, 2011. Un arbre thématique inspiré de cette taxonomie a ainsi pu être élaboré et l'ensemble du corpus a été analysé en fonction de ce cadre d'analyse. Les propos des intervenants ont été catégorisés selon les six premiers indicateurs de Proctor et ses collègues (2011).

Résultats

Données d'implantation

Pour répondre au premier objectif, soit documenter le degré d'implantation du programme Sage Usage dans les communautés des PNI au Québec, 64 acteurs de l'intervention en dépendance ont participé aux formations du programme Sage usage en 2019 et 2020. La moitié d'entre eux ont participé aux groupes de discussion et aux entrevues individuelles (n=31). Parmi ces derniers, 25 % des intervenants avaient implanté, en tout ou en partie, le programme Sage Usage. La cible d'implantation, qui était que chaque intervenant utilise le programme auprès de trois à cinq personnes n'a été atteinte que par un seul intervenant. Tel que l'indique le Tableau 2, 10 usagers ont été exposés au programme Sage usage. Parmi eux quatre usagers ont complété le programme et six l'ont amorcé sans le compléter. Les motifs sous-jacents à la non-complétion sont médicaux (n=2), reliés à la pandémie (n=3) et par manque d'intérêt (n=1). Ces données témoignent de l'implantation difficile de Sage Usage.

Tableau 2 – Implantation de Sage Usage (mai 2021)

Intervenants	
Ont utilisé le programme (toute utilisation)	10
Ont présenté le programme à leur clientèle	4
Ont débuté le programme avec au moins 1 personne	2
Ont utilisé certains outils du guide	2
Ont animé complètement le programme	2
Personnes accompagnées dans le cadre du programme Sage Usage	
Ont fait partiellement le programme	2 (abandon raisons médicales) 3 (rupture des services : Covid) 1 (manque d'intérêt pour le programme)
Ont complété le programme	4

Pour mieux comprendre les difficultés associées à l'implantation initiale du programme Sage Usage, la perspective des intervenants formés au programme a été recueillie. Leurs propos ont été catégorisés selon la taxonomie des « résultats d'implantation » de Proctor *et al.* (2011). L'ordre de présentation des « résultats d'implantation » a été déterminé en fonction de la prépondérance des propos des intervenants pour chacun d'eux.

Adoption

Nouvelles pratiques

Bien que la majorité des intervenants formés n'ait pas adopté le programme dans sa forme intégrale (structure, nombre et fréquence des rencontres), plusieurs d'entre eux disent l'avoir adopté partiellement en intégrant à leur pratique des éléments en cohérence avec l'esprit et les orientations du programme Sage Usage. Entre autres, une intervenante mentionne qu'avoir été formée au programme l'a aidée à adopter une attitude de non-jugement envers une cliente ayant une forte consommation.

« Ça m'a fait comme ouvrir mes œillères. Il y avait une [usagère] qui consommait beaucoup (...) ça me surprenait vraiment combien elle consommait, elle avait vraiment un problème. Mais ça m'a fait [l'effet] d'être ouverte, ça a fait un travail pour moi-même aussi... de ne pas être dans les jugements (...) Des fois elle me parlait et ça me faisait du bien à moi dans mon intervention... juste de l'écouter, d'être plus ouverte » (Mary).

Une autre intervenante mentionne qu'à la suite de la formation, elle a pris l'habitude de faire le calcul des consommations standards d'alcool avec ses clients.

« Ça a développé chez moi une sensibilité au niveau des consommations standardisées. C'est quelque chose que j'ai plus utilisé avec les gens [...] je pense que c'est quelque chose qui est resté et qui va rester, que j'ai utilisé davantage suite à la formation » (Alison).

Deux intervenants affirment qu'ils ont adopté des pratiques d'intervention s'inscrivant dans une approche motivationnelle à la suite de la formation.

« C'était plus l'aspect motivationnel qui m'a aidé, surtout avec les clients qui ne sont pas prêts à changer. J'ai des clients qui [...] ne sont pas motivés du tout, ils ne sont pas intéressés à faire des changements. Être capable de dire « écoute, je comprends que tu n'es pas prêt à faire un changement, je te donne l'information, après ça, tu fais tes choix » c'est comme une nouvelle approche que j'ai intégrée beaucoup dans ma pratique [...] Travailler au pas du client, qui sent que c'est lui-même qui fait les changements, c'est beaucoup plus puissant... » (Thomas).

L'un d'entre eux précise que les pratiques développées à travers la formation ont permis à son équipe et lui et de développer une meilleure alliance avec la clientèle.

« Ça nous a amené des nouvelles façons de travailler qui ont favorisé la création du lien avec nos usagers. Les usagers, ils ont moins peur de venir nous voir, parce qu'ils savent qu'on ne leur donnera pas un objectif qui est irréalisable » (Mike).

Sentiment d'autoefficacité en lien avec l'animation du programme

Les rencontres de groupe ont permis de constater que certains intervenants ne savaient pas comment s'y prendre pour structurer leurs actions et amorcer le programme, qu'ils avaient l'impression que cela exigerait beaucoup de temps et d'énergie.

« Il faudrait que je me remette à jour, il faudrait que je relise... hum... comment je vais débiter ça [le programme], je vais être ouverte à ça, mais ces temps-ci je suis débordée » (Annie).

Un intervenant a également remarqué que le fait de devoir mettre en œuvre le programme semblait causer beaucoup de stress à ses collègues qui avaient aussi reçu la formation.

« Les autres intervenants qui ont été formés à Sage-Usage étaient vraiment stressés de le donner. Je ne me mets pas en haut d'eux autres, mais moi, je ne suis pas quelqu'un qui est stressé dans la vie, j'aime essayer des choses et j'ai l'impression que leur stress les a gagnés sur l'idée d'essayer »
(Mike).

Formation et soutien clinique

Les intervenants se sont dits satisfaits de la formation et la plupart d'entre eux considèrent qu'elle leur a permis de développer les habiletés nécessaires pour animer le programme Sage Usage.

« Oui, je pense que c'est quand même simple et direct, très facile à utiliser... n'importe qui de presque n'importe quel "background" peut appliquer le matériel [...] avec la formation que vous avez donnée, je pense que c'est très clair [...] comment les interactions avec les clients peuvent aller et puis à quoi s'attendre » (Thomas).

Plusieurs ont également souligné avoir apprécié la disponibilité de l'équipe de formation pour les soutenir sur le plan clinique.

« Surtout que vous nous avez formés, oui, et puis l'aide [...] vous étiez disponibles après aussi [...] Celle qui nous avait formés, elle s'était

montrée super disponible : "si vous avez des questions, on va zoomer, écrivez-moi... Elle était full disponible » (Mike).

Tous ont affirmé être en accord avec l'intérêt d'une forme de mentorat pour l'utilisation du programme. Certains ont exprimé des doutes sur le réalisme de mettre en œuvre un système de mentorat, mais la pertinence de cette idée semble faire passablement consensus.

« Je pense que ce serait assez difficile de trouver quelqu'un pour le faire, pour jouer ce rôle [...] Oui, sans aucun doute [ce serait aidant]. Par exemple, si je commence à voir un client qui veut réduire sa consommation... si ce coach pouvait être présent pour la ou les premières rencontres en entier, ça ferait une très grande différence. Oui, ce serait la meilleure façon parce que nous, pour nous sentir plus confiants face à comment faire notre travail, nous avons besoin de rappels fréquents, de quelqu'un qui est là pour nous guider » (Melinda).

Impact du contexte pandémique

Le contexte sociosanitaire semble avoir eu un impact considérable sur l'adoption du programme par certains intervenants. Une intervenante mentionne qu'elle avait entamé le programme avec trois personnes, mais qu'elle n'a pas pu terminer en raison des événements liés à la Covid-19.

« J'en ai trouvé trois, mais je n'ai pas terminé à cause de tout ce qui s'est passé [interruption des services en raison de la pandémie]. Mais c'était vraiment bien parti » (Mary).

Plusieurs intervenants avaient débuté le recrutement de personnes pour le programme, mais l'interruption des services en personne à cause de la pandémie semble avoir démotivé certains d'entre eux.

« On avait été formés, on était tous motivés, on avait nos guides, on a fait des approches... des fois, ça marchait, des fois ça fonctionnait pas. Pis cette période-là, d'arrêt de quelques mois ça a fait en sorte que là, même personnellement et même les autres, on a de la misère à remonter dans le bateau... parce que, en tout cas, moi je trouve l'outil super, mais il faudrait qu'on se botte un peu le derrière là pour remettre ça en marche... » (Mike).

Faisabilité

Enjeux sur le plan du personnel

Des intervenants ont souligné le roulement de personnel, qui rend difficile d'avoir un bassin suffisant d'intervenants ayant reçu la formation pour assurer la pérennité du programme ou permettre qu'il y ait une forme de co-développement en lien avec son implantation.

« Mes collègues... J'ai tellement changé de collègues! [...] Au début, oui, c'était correct, mais j'ai arrêté d'essayer d'expliquer, parce que ça roule

beaucoup, beaucoup, beaucoup ici. J'ai juste dit que je fais des groupes en toxicomanie... » (Thomas).

Par ailleurs, dans certaines communautés, des intervenants travaillent en rotation et ne sont pas remplacés lorsqu'ils sont absents, ce qui complexifie la mise en œuvre d'un programme s'échelonnant sur plusieurs semaines.

« Je te dirais, le plus gros défi de ce type d'outil là, c'est que c'est un outil qui se travaille à long terme et les travailleurs sont là pour des périodes limitées de huit, neuf semaines. Des fois, ils vont rencontrer à la sixième semaine de leur période de travail un client vraiment motivé, mais, comme il [l'intervenant] s'en va en vacances dans deux semaines, il décide de ne pas commencer un programme aussi élaboré que ça » (Thomas).

Recrutement

Différents outils (affiches, pamphlets, capsules vidéo) ont été développés pour faire la promotion du programme dans les communautés, mais ces stratégies semblent avoir été inefficaces.

« On avait envoyé des pamphlets pour aller accrocher dans les lieux publics, mais peut-être que c'est pas assez... Il n'y a personne qui... j'ai jamais vu personne venir ici pour venir parler de Sage-Usage » (Tommy).

Cet intervenant mentionne également qu'il arrive souvent que les personnes qui se montrent intéressées au programme ne donnent pas suite et qu'il ne se sent pas à l'aise de les relancer.

« Oui, elles sont intéressées, mais elles ne viennent pas. Puis moi, je n'ose pas trop aller les voir pour les amener ici, tu sais, je ne veux pas les obliger » (Tommy).

Le recrutement apparaît plus aisé lorsque fait directement par l'intervenant ou lorsqu'une référence directe à un intervenant est faite comme en témoigne les propos de cette intervenante.

« Il y en a un [usager] un moment donné qui était venu [...] dans mon bureau puis je lui ai proposé ce programme-là. Il y a deux ou trois clients pour qui je trouvais que ça pourrait bien convenir et qui voulaient avoir le contrôle sur leur consommation. Tu sais, c'est comme ça, c'est de bouche à oreille » (Mary).

Réalité des communautés

Plusieurs intervenants ont mentionné que Sage Usage répondait à un besoin dans leurs communautés, mais que des événements contextuels (pandémie, crises, etc.) avaient rendu son implantation moins prioritaire.

« Je ne pense pas que c'est une priorité urgente, mais il faut que ce soit implanté rapidement dans la communauté... Ça serait une priorité dans un [contexte] plus normal... » (Melinda).

Contexte de soin

Alors que, dans les communautés, les obstacles à la prestation du programme évoqués concernent surtout le manque de ressources humaines, en contexte urbain, il semble que les principaux obstacles se situent sur le plan de la structure des services qui ne permet pas la prestation de soins dans un contexte culturellement adéquat.

« Moi quand j'y vais, je vais au milieu de vie, je dis salut au monde. Ils voient mon visage. C'est moi qui vais chez eux, ça favorise le lien de confiance. Puis il ne faut pas oublier tout ce qui est venu avant avec les institutions. Ça fait deux fois que j'essaie de faire voir un psychologue à une usagère qui veut voir un psychologue, mais elle ne veut pas aller au centre de services. Même chose pour les médecins, "je ne veux pas aller à l'urgence" » (Nathalie).

Convenance

Pertinence

Les propos des intervenants sous-entendent qu'ils perçoivent l'approche mise de l'avant dans Sage Usage comme pertinente pour amorcer une démarche visant la réduction de la consommation.

« C'est un bon programme pour ceux qui essaient ou bien qui pensent à vouloir arrêter ou bien à diminuer la consommation. C'est un bon programme pour eux » (Tommy).

Le programme apparaît d'autant plus pertinent que les services en dépendance sont limités, voire absents dans plusieurs communautés. Sage Usage bonifie l'offre de services offerts en externe dans la communauté.

« Je pense que ce type de programme là pourrait être utilisé dans presque tout... par tous les intervenants. Surtout dans les communautés qui n'ont pas de services en toxicomanie actuellement, ça serait vraiment pratique d'avoir une présence, un outil, comme ça, à long terme » (Thomas).

Cet intervenant souligne par ailleurs que le fait d'intervenir dans la communauté, c'est-à-dire dans le contexte de vie de la personne, favorise davantage la généralisation des stratégies que l'intervention en milieu protégé, par exemple les thérapies en hébergement.

« Je trouve qu'avec ce programme-là, ça aide encore plus d'une certaine façon qu'un programme comme [une thérapie fermée]. Un client peut aller [en thérapie fermée] et ils vont s'habituer au milieu là-bas et comme tous les stimulus là-bas, ils vont être comme : « ça, c'est la place où je suis sobre ». Aussitôt qu'ils retournent à la maison, leur cerveau retourne [...] ils retournent dans le milieu et ils recommencent à boire tout de suite. Cette petite intervention-là [Sage Usage] qui est faite dans les communautés, ça aide les clients à travailler sur leur milieu de vie [...] en même temps de faire

l'intervention et qui est quelque chose de beaucoup plus puissant pour enlever le risque de récurrence, enlever le risque de consommer dans le futur et faire des changements qui sont permanents » (Thomas).

Pertinence culturelle du programme

De manière générale, les intervenants sont d'avis que le guide est bien adapté, que les exemples et les stratégies proposés sont culturellement pertinents, c'est-à-dire qu'ils sont en accord avec les besoins et les préférences de leur clientèle.

« Beaucoup de supports visuels, c'est super gagnant. Moins il y a de texte, plus il y a d'images, c'est super, super gagnant [...] les images, moi, c'était gagnant là... Tu sais l'arbre de spiritualité, je l'ai fait avec une usagère puis elle avait trippé » (Mike).

Les principales suggestions d'amélioration amenées par les participants concernent le contenu dans le guide. La quantité de texte devrait être réduite et le vocabulaire ainsi que les tournures de phrases devraient être simplifiés.

« Je trouvais ça lourd, il y avait beaucoup de lecture parce que moi-même je trouve ça long à lire puis je n'imagine pas pour les clients. Aussi, nous autres on est très imagés » (Vanessa).

« Parfois il y a des mots qui sont complexes, des phrases... Des tournures de phrases qui sont complexes qui justement nécessitent qu'on reprenne ça [avec le client] » (Mike).

Pour faire en sorte que le programme soit culturellement plus significatif, des intervenants ont suggéré de faire plus de place aux langues autochtones.

« J'aurais aimé qu'il y ait des citations [en langues autochtones] qui viennent des différents peuples autochtones du Québec ça aurait été plus... tu sais pour nous approprier [le programme] » (Mary).

« Éventuellement, on pourrait regarder dans le programme Sage Usage ce qui serait intéressant ou important à faire traduire [en langues autochtones] » (Linda).

Besoins des communautés

Pour que le programme réponde mieux aux besoins de la clientèle, il a été suggéré d'intégrer des éléments en lien avec la polyconsommation puisque les gens font souvent usage de multiples substances.

« J'ai eu beaucoup de personnes que j'ai dû exclure parce qu'ils consommaient du cannabis, des amphétamines... donc ils ne fitaient pas avec le programme » (Sabrina).

Les intervenants ont également rapporté que l'abstinence est l'objectif choisi par une partie de leur clientèle et que les activités du programme se révèlent utiles pour ceux qui visent cet objectif.

« J'ai eu un client dans le groupe qui, tout au long, était sobre. Il est passé de 125 consommations par semaines dans un binge et il a arrêté tout de suite et il est resté sobre tout le long. Pour lui, peut-être qu'un programme

de sobriété complète, un programme qui est moins réduction des méfaits et plus abstinence aurait fonctionné, mais, en même temps, le programme lui a appris plein de choses qu'il peut appliquer à sa vie » (Thomas).

Modalités de prestation

Plusieurs intervenants évoquent la nécessité de faire preuve de flexibilité dans les modalités de prestation du programme pour bien répondre aux besoins de leur clientèle. Les six rencontres prévues apparaissent insuffisantes pour couvrir l'ensemble du programme.

« En six rencontres, on ne peut pas faire ça en six rencontres. On pose des questions, on jase [avec] les gens, ça amène la discussion pas mal je trouve, [...] c'est pour ça que je me dis en six rencontres c'est trop [vite] » (Mary).

Ils soulignent par ailleurs qu'il peut être difficile pour les personnes qu'ils accompagnent de s'engager dans une démarche à long terme, mais qu'une participation partielle au programme demeure tout de même utile.

« Je pense que finir tout le programme peut vraiment faire des gros changements, mais en même temps, mes clients ont fait la moitié du programme et ils ont été capables de faire d'énormes changements dans leurs vies, alors je pense que non, ce n'est pas nécessaire de compléter tout le programme » (Thomas).

Formule

Bien qu'ils aient des préférences personnelles, les participants reconnaissent la pertinence des formules groupe et individuelle. Certains soulèvent que le groupe pourrait être intimidant en début de suivi, mais que la formule pourrait être intéressante une fois le lien de confiance établi.

« Je pense que pour le début, ça serait mieux en individuel. Parce qu'il y en a qui se sentent plus à l'aise tout seuls au début, pour se confier à propos de comment ils sont dans leur consommation. Mais plus tard, après quelques rencontres, ça serait correct qu'on le fasse avec un groupe, mais [toujours] avec les mêmes personnes » (Tommy).

Une intervenante a offert le programme en formule couple et souligne que ça a bien fonctionné. Cette formule est perçue positivement par les intervenants.

« Par exemple, moi et mon copain, si on avait besoin de diminuer [notre consommation d'alcool], je pense que ce serait très important pour nous de sentir cette connexion et de sentir que nous ne sommes pas seuls... »
(Melinda).

Acceptabilité

Acceptabilité sociale

Dans les entrevues de groupe, certains intervenants affirment que le programme est difficile à implanter en raison du manque d'acceptabilité sociale de l'approche de consommation modérée dans les communautés. Cela dit, une seule intervenante

mentionne avoir échangé avec des personnes ayant manifesté leur désaccord avec l'approche.

« J'en ai parlé à mes usagers et il y en a qui m'ont répondu : "Ça n'a pas d'allure, ça n'a pas d'allure ça. Ça ne fonctionnera pas. Tu arrêtes ou tu n'arrêtes pas. Tu ne peux pas être entre les deux" » (Sabrina).

Une intervenante mentionne que, bien qu'elle ne convienne pas à toutes les personnes qu'elle accompagne, l'approche mise de l'avant dans Sage Usage semble avoir du sens pour les membres de sa communauté.

« Mais en général, dans la population en général, tout le monde à qui j'en ai parlé disait que c'était une vraiment bonne idée. Hum, c'est sûr que ce n'est pas pour tout le monde, mais tout le monde était d'accord que ça devrait être disponible dans la communauté » (Alison).

Un intervenant souligne que les approches s'inscrivant dans une philosophie de réduction des méfaits sont de plus en plus acceptées par les membres de sa communauté, et ce, particulièrement chez les jeunes adultes.

« La philosophie du boire-contrôlé, la réduction des méfaits est de plus en plus acceptée comme une alternative intéressante. [...] Des fois, dans les communautés c'était comme l'abstinence ou quelqu'un qui buvait à l'excès, mais de plus en plus on voit cette philosophie-là du boire contrôlé comme acceptée par les gens de la communauté. Surtout au niveau des jeunes [adultes][...] c'est plus intéressant comme alternative » (Thomas).

Croyances des intervenants

Tous les intervenants rencontrés ont indiqué avoir des croyances compatibles avec l'approche de réduction des méfaits/modération de la consommation d'alcool et plusieurs mentionnent qu'il s'agit d'une approche acceptable pour leur clientèle.

« Oui. Ça fait beaucoup plus de sens qu'une approche avec des objectifs d'arrêt complet. Encore là ça dépend d'où la personne est rendue dans ses étapes de changement, mais je pense que c'est une approche gagnante. Favoriser le changement dans d'autres sphères tout en réduisant la consommation » (Nathalie).

Une participante souligne cependant que certains intervenants peuvent avoir des appréhensions en lien avec la façon dont cette approche est perçue par leur clientèle ou par la communauté.

« Il y a peut-être aussi un inconfort qui vient des intervenants... par rapport à comment la clientèle va percevoir le fait que je propose un programme comme ça. Est-ce que ça va être vu comme encourager la consommation (...)? (Sarah).

Fidélité

Des intervenants ont mentionné qu'ils n'avaient pas suivi le programme à la lettre et qu'ils avaient adapté le contenu des rencontres aux besoins de la personne accompagnée.

« [...] moi, des fois, admettons, quand il y avait des pages qu'il y avait quand même beaucoup d'écriture, que je jugeais que ce n'était pas nécessaire, tu sais des fois, je passais par-dessus. Est-ce que c'est correct [...], est-ce que c'est pas correct, ça, je ne le sais pas, sauf que, admettons, moi, je me préparais à ma rencontre "Ok, là, avec elle, je vais regarder ça, je vais regarder ça, ok, ça... peut-être pas, c'est peut-être pas le temps..." , tu sais, je skippais » (Mike).

Couts d'implantation

Les couts d'implantation du programme Sage Usage ne représentent pas un enjeu majeur puisque le matériel nécessaire à sa prestation est fourni gratuitement. Or, comme mentionné dans la section sur la faisabilité, les coûts en termes de ressources humaines sont un obstacle non négligeable étant donné les enjeux de personnel.

Processus de recherche avec les PNI

Le protocole de recherche initialement développé incluait des outils pour évaluer les processus d'implantation et la fidélité d'utilisation du programme (grille de conformité, questionnaires, etc.). Lors des entrevues de groupe, plusieurs intervenants ont mentionné que la lourdeur de ce protocole entravait la prestation du programme.

« Les gens, quand on parle de recherche ou d'affaire de même [ils disent] "bon on est encore des cobayes". Moi je ressens comme une petite réticence à niveau-là [...] Je trouve pénible de tout le temps demander les

questions [pour la recherche] à la fin. Je trouve ça vraiment pénible pour la personne, pour moi ça ne me dérange pas, mais je trouve ça redondant » (Mary).

Discussion

Les données présentées démontrent que l'implantation initiale de Sage Usage a été ardue, mais qu'elle a donné lieu à des retombées positives sur la pratique des intervenants. Leurs propos soutiennent la pertinence du programme pour bonifier l'offre de service actuelle. Une des principales forces de l'étude réside dans le fait qu'elle a donné une voix aux intervenants en milieu autochtone, ce qui a permis de dégager des pistes d'action concrète pour rendre le programme plus adéquat et pour outiller les intervenants en matière d'intervention en dépendance.

Les leçons tirées de l'implantation de Sage Usage s'avèrent pertinentes pour informer les processus de développement et d'implantation d'innovations en contexte autochtone. L'étude met en lumière le caractère fondamental de l'engagement dans une démarche participative en offrant aux communautés la flexibilité nécessaire pour s'approprier de nouvelles pratiques d'intervention (MacKinnon, 2018).

Adoption

L'adoption du programme par les intervenants s'est révélée être un défi. Leurs propos démontrent que certains d'entre eux ne savaient pas comment s'y prendre pour

amorcer la mise en œuvre du programme, ce qui leur causait du stress. Bien qu'ils se soient généralement montrés satisfaits de la formation reçue, il s'est avéré difficile pour nombre d'entre eux d'appliquer les connaissances apprises en formation. Plusieurs intervenants des communautés n'ont pas de formation professionnelle, il est donc possible qu'une proportion considérable d'entre eux ne dispose pas des habiletés et connaissances de base nécessaires à l'optimisation et au transfert des apprentissages (Awais Bhatti *et al.*, 2014). Du soutien clinique et du mentorat culturellement adéquats apparaissent comme des stratégies prometteuses (Lai *et al.*, 2018) pour augmenter le sentiment d'auto-efficacité des intervenants quant à l'animation du programme. En outre, l'interruption des services en raison du contexte pandémique peu après la formation a rendu impossible la mise en application rapide des connaissances développées, ce qui apparaît avoir entravé l'adoption du programme par les intervenants.

Bien que le programme ait été peu adopté par les intervenants dans sa forme intégrale, la formation leur a permis de développer de nouvelles pratiques d'intervention s'inscrivant dans une approche motivationnelle, en plus d'utiliser plusieurs activités du programme, mais dans un format détaché. Cette retombée inattendue s'annonce positive, d'autant plus que les interventions motivationnelles s'inscrivent parmi les meilleures pratiques d'intervention en matière d'usage d'alcool (DiClemente *et al.*, 2017). Cela confirme également la pertinence des activités du programme, mais questionne le format d'ensemble (ex., six rencontres hebdomadaires consécutives). L'amélioration de la qualité du lien avec la clientèle, à l'aide d'éléments de Sage Usage, tel qu'évoqué par

plusieurs participants, représente aussi un gain considérant que la qualité de l'alliance thérapeutique est associée à de meilleurs résultats d'intervention et une meilleure persévérance en traitement (Meier *et al.*, 2005; Urbanoski *et al.*, 2012).

Faisabilité

La disponibilité du personnel est un enjeu fondamental en matière de faisabilité. Il est difficile de constituer un bassin suffisant d'intervenants formés au programme pour assurer une offre de service en continu ou mettre en place un système de co-développement. Outre le manque de personnel et les vides de services occasionnés par la rotation du personnel, les intervenants sont souvent appelés à intervenir en situation de crise, ce qui leur laisse peu de temps pour intervenir en prévention et offrir des services de première ligne. Les auteurs rapportent d'ailleurs à quel point les défis en matière de main-d'œuvre sont un des principaux obstacles à l'implantation d'innovations au sein des communautés autochtones (Sacca *et al.*, 2022). Ces éléments mettent en lumière l'importance de mettre en place un processus d'implantation durable (MacKinnon, 2018), entre autres en offrant régulièrement des formations et en priorisant les intervenants locaux.

Le recrutement est un autre défi rencontré et il semble que les meilleures stratégies de recrutement soient celles qui impliquent une référence par un proche ou un intervenant connu, ce qui est cohérent avec les résultats d'autres études d'implantation en contexte autochtone (Abbott *et al.*, 2012; Kimes *et al.*, 2014; Leenen *et al.*, 2008) et met en lumière

l'importance des relations interpersonnelles et de la communauté dans l'implantation de programmes dans ce contexte.

Les intervenants en milieux urbains ont souligné de quelle façon le contexte de soins en établissement non autochtone nuit au recrutement et à la qualité de prestation du programme. À cet effet, plusieurs travaux ont soulevé le caractère non culturellement sécurisant des services offerts hors des communautés autochtones (National Collaborating Centre for Indigenous Health, 2019). La rencontre entre les PNI et les services de santé a historiquement été marquée par la stigmatisation et, au Canada, par une stratégie d'assimilation et des pratiques non éthiques, laissant ainsi des appréhensions importantes chez les PNI (Gouvernement du Québec, 2019). Les traumatismes historiques engendrés par la colonisation sont étroitement liés à l'usage problématique de substances : les milieux d'interventions doivent donc s'y montrer sensibles (Skewes et Blume, 2019).

Convenance

De manière générale, les intervenants consultés considèrent le programme pertinent et semblent d'avis que Sage Usage répond à un besoin non desservi dans l'offre de services actuelle. Les membres des communautés ont actuellement accès à des services résidentiels hors de la communauté, avec un objectif d'abstinence. Sage usage permet de compléter la gamme de services via des rencontres en externe à une fréquence variée, sans avoir à quitter la communauté. D'autre part, le programme peut aussi être

utilisé en prévention de la rechute auprès des personnes ayant participé à un traitement en hébergement hors de la communauté. Le suivi post-traitement et les interventions à long terme sont d'ailleurs associés à une plus grande probabilité d'abstinence ou de consommation modérée (Beaulieu *et al.*, 2021), et permettent une continuité dans l'offre de soins.

La pertinence culturelle du programme a été qualifiée de satisfaisante par les intervenants quant au contenu, mais inadéquate quant au format. La présentation du contenu est encore trop littéraire et mériterait de recourir davantage à l'image et aux symboles reliés à la culture. Les méthodes qui se basent sur le récit et la conversation sont, de façon générale, mieux adaptées à la vision du monde relationnelle des Autochtones (Smith, 2021).

Les entrevues ont mis en lumière le besoin des intervenants des communautés d'être outillés en matière de polyconsommation, ce qui invite à réfléchir à l'idée de rendre le programme plus inclusif pour les personnes qui consomment plusieurs substances. En effet, l'offre de service en dépendance s'adressant aux Autochtones est limitée non seulement en matière d'usage d'alcool, mais bien pour l'ensemble des substances psychoactives. Le besoin de formation en matière de polytoxicomanie est d'ailleurs un enjeu soulevé dans d'autres travaux (Lévesque *et al.*, 2018; Perreault et Beaulieu, 2008).

Il est fondamental que la prestation du programme soit flexible pour s'adapter à la diversité des besoins de la clientèle. Cette flexibilité peut se traduire par la modulation du nombre de rencontres, du temps consacré à chacun des thèmes ainsi qu'au plan de la formule dans laquelle le programme est offert (individuel, groupe, couple). Les réalités vécues par les communautés des PNI sont hétérogènes sur plusieurs plans (traditions, population, territoire, services disponibles), il n'est donc pas possible d'implanter le programme de façon identique d'une communauté à l'autre. Diviser le programme en ses différentes composantes de manière à ce qu'elles soient indépendantes et utilisables indépendamment les unes des autres permettrait de rendre le programme plus adéquat culturellement. La notion de liberté est très importante au sein des communautés autochtones et vient teinter la façon dont les rendez-vous de soins sont gérés. Ainsi, permettre aux intervenants de saisir l'occasion d'une rencontre pour promouvoir le contenu d'une partie de Sage Usage, sans pressions à revenir à une « suite », apparaît mieux adapté.

La prestation du programme en formule couple a été expérimentée dans une communauté et la plupart des intervenants interviewés ont dit en avoir une perception positive. Les connaissances scientifiques actuelles sont suffisamment convaincantes pour soutenir l'utilisation des interventions conjugales dans les services en dépendance (O'Farrell et Clements, 2012; Powers *et al.*, 2008). La formule couple apparaît ainsi comme une innovation intéressante qui s'inscrit en cohérence avec la vision holistique du rétablissement commune chez les PNI. Bien que les données quant à l'efficacité de telles

interventions auprès des PNI soient limitées, l'importance accordée à la famille dans les communautés autochtones vient soutenir le développement d'interventions en matière d'usage d'alcool incluant les membres de la famille (Calabria *et al.*, 2012).

Acceptabilité

Les intervenants interviewés ont indiqué avoir des croyances compatibles avec l'objectif de boire modéré. Ce constat est intéressant, mais il est possible qu'il résulte en partie d'un biais d'échantillonnage et que ceux dont les croyances sont incompatibles avec cet objectif n'aient pas poursuivi leur implication dans la recherche. Les interventions s'inscrivant dans une approche de réduction des méfaits trouvent de plus en plus de soutien dans les communautés autochtones, mais des défis en matière d'acceptabilité sociale demeurent. L'histoire coloniale et les mythes entourant l'usage d'alcool chez les autochtones contribuent à positionner l'abstinence comme un idéal (Dell et Lyons, 2007; Korhonen, 2004; Roy, 2005) et, pour certaines personnes, la spiritualité autochtone est incompatible avec la consommation d'alcool, même modérée. Ainsi, donner davantage d'espace à l'objectif d'abstinence dans le programme Sage Usage apparaît comme une stratégie susceptible de favoriser son acceptabilité et sa convenance.

Limites

Le recours à un échantillon de convenance fait en sorte que les participants à l'étude sont possiblement ceux qui ont une perception plus positive du programme, biaisant potentiellement les résultats notamment en matière d'acceptabilité. La petite taille

de l'échantillon (n=31) limite également la généralisation des résultats. D'autre part, comparer l'expérience des intervenants autochtones avec celle des intervenants non autochtones aurait pu nous renseigner sur l'adéquation culturelle du programme et de son implantation avec les besoins spécifiques aux intervenants des PNI, mais, compte tenu de la petite taille de l'échantillon, les auteurs ont choisi de ne pas spécifier l'origine des participants pour des raisons d'anonymat.

L'impossibilité d'implanter le protocole de recherche tel que planifié suggère qu'il était culturellement inadéquat, ce qui a vraisemblablement nui à l'implantation du programme. La mise en place de groupes de discussion a permis d'identifier rapidement cet obstacle et, en cours d'implantation, les documents écrits ont été remplacés par une évaluation à l'oral, plus congruente avec la vision du monde autochtone (CCPA Manitoba, 2018). Ce constat renforce l'idée selon laquelle l'évaluation dans une approche participative communautaire implique que les méthodes et les outils de collecte fassent l'objet d'un processus continu et collaboratif de réflexion critique de sorte qu'ils soient pertinents et utiles du point de vue des communautés (CCPA Manitoba, 2018; MacKinnon, 2018). L'héritage historique de pratiques de recherche inadéquates auprès des PNI (Smith, 2021) invite à une remise en question des façons de faire et impose de se montrer sensible aux rythmes et à la réalité de chaque communauté. Par ailleurs, la survenue de la pandémie de Covid-19 durant l'implantation initiale du programme Sage Usage a grandement atténué les efforts d'implantation.

Retombées pour l'intervention

Les résultats de l'étude ont permis d'effectuer des modifications pour conférer au programme une meilleure adéquation avec la réalité terrain. Des changements ont été apportés aux activités de façon à les rendre plus imaginées et pour qu'il soit possible de les utiliser indépendamment les unes des autres. Elles ont également été légèrement modifiées de façon à assurer leur pertinence pour les personnes présentant une polyconsommation ou celles qui ont l'abstinence pour objectif. La pertinence d'offrir le programme selon différentes modalités telles que la formule couple ou dans le cadre d'un suivi post-thérapie a été mise de l'avant dans les résultats. À cet effet, l'idée d'expérimenter le programme dans le cadre d'un séjour de ressourcement sur le territoire a été suggérée par une communauté partenaire à la suite de l'étude. L'étude a également donné des indications à l'effet que la connaissance des concepts de base et des principales approches d'intervention en dépendance ainsi que le sentiment d'autoefficacité des intervenants constituent deux éléments qui pourraient être améliorés et dont il importe de tenir compte dans la planification des activités de formation et de soutien clinique.

Suggestions pour de futures recherches

Il est souhaitable que l'implantation du programme Sage Usage continue de faire l'objet d'une évaluation via une démarche participative pour s'assurer que les changements effectués à la suite de l'étude confèrent véritablement au programme une meilleure adéquation avec les besoins des communautés des PNI. Recueillir la

perspective des personnes accompagnées dans le cadre du programme Sage Usage quant à leur expérience et à l'influence du programme sur leur consommation permettrait d'obtenir de l'information en ce qui a trait à son impact. Par ailleurs, des travaux visant à identifier des processus de formation culturellement adéquats pour soutenir le développement des compétences et du sentiment d'autoefficacité des intervenants des PNI constituent une avenue prometteuse pour améliorer la qualité des services offerts aux membres de ces communautés.

Conclusion

L'étude qualitative d'implantation a permis d'approfondir la compréhension des enjeux rencontrés dans le cadre de l'implantation du programme Sage Usage et, plus largement, de programmes d'intervention en réduction des méfaits auprès des PNI. Malgré une implantation présentant plusieurs défis, le programme Sage Usage est perçu comme ayant eu des retombées positives par les intervenants interviewés et enrichit l'offre de services dans les communautés. Les interventions fondées sur la culture sont identifiées dans plusieurs travaux comme les plus prometteuses pour l'intervention en matière d'usage de substances auprès des personnes des premiers peuples (Urbanoski, 2017). Ainsi, toute avancée vers une plus grande adéquation culturelle est prometteuse.

Références

- Abbott, P. A., Davison, J. E., Moore, L. F. et Rubinstein, R. (2012). Effective Nutrition Education for Aboriginal Australians: Lessons from a Diabetes Cooking Course. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.10.006>
- Allotey, P., Reidpath, D. D., Ghalib, H., Pagnoni, F. et Skelly, W. C. (2008). Efficacious, effective, and embedded interventions: implementation research in infectious disease control. *BMC Public Health*, 8, 343. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-343>
- Awais Bhatti, M., Ali, S., Mohd Isa, M. F. et Mohamed Battour, M. (2014). Training Transfer and Transfer Motivation: The Influence of Individual, Environmental, Situational, Training Design, and Affective Reaction Factors. *Performance Improvement Quarterly*, 27(1), 51-82. <https://doi.org/10.1002/piq.21165>
- Ball, J. et Janyst, P. (2008). Enacting Research Ethics in Partnerships with Indigenous Communities in Canada: “Do it in a Good Way”. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics: An International Journal*, 3(2), 33-51.
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J. et Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, 285, 114289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Bélanger, R., Muckle, G., Courtemanche, Y. et Poliakova, N. (2020). *Substance Use. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?* https://nrbhss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12332_RESI_Substance_Use_EP5.pdf
- Calabria, B., Clifford, A., Shakeshaft, A. P. et Doran, C. M. (2012). A Systematic Review of Family-Based Interventions Targeting Alcohol Misuse and Their Potential to Reduce Alcohol-Related Harm in Indigenous Communities. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 477-488. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.477>
- Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA) Manitoba. (2018). *Na-gah mo Waabishkizi Ojjaak Bimise Keetwaatino: Singing white crane flying north: Gathering a bundle for Indigenous evaluation.* <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2018/03/Na-gahmo-waabishkizi-ojjaak-bimise-keetwaatino.pdf>

- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, A. N. et Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf_chauvet.pdf
- Chen, H.-t. (2015). *Practical program evaluation : theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2e éd.). SAGE Publications.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : Consommation d'alcool et de drogues, cyberdépendance et problèmes liés aux jeux de hasard*. https://www.cssspnql.com/docs/default-source/ers-phase-3/dependance_ers_phase-3_fra.pdf?sfvrsn=2
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4e éd.). SAGE Publications.
- Dell, C. et Lyons, T. (2007). Harm Reduction Policies and Programs for Persons of Aboriginal Descent. *Canadian Centre on Substance Abuse*, 10.
- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E. et Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 862-887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Dion, M. L., Díaz Ríos, C., Leonard, K. et Gabel, C. (2020). Research Methodology and Community Participation: A Decade of Indigenous Social Science Research in Canada. *Revue canadienne de sociologie*, 57(1), 122-146. <https://doi.org/10.1111/cars.12270>
- Drawson, A. S., Toombs, E. et Mushquash, C. J. (2017). Indigenous Research Methods: A Systematic Review. *International Indigenous Policy Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.18584/iipj.2017.8.2.5>
- Enoch, M. A. et Albaugh, B. J. (2017). Review: Genetic and environmental risk factors for alcohol use disorders in American Indians and Alaskan Natives. *The American Journal on Addictions*, 26(5), 461-468. <https://doi.org/10.1111/ajad.12420>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, Rapport final*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf

- Hamilton, A. B. et Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Res*, 280, 112516.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>
- Joly, J., Touchette, L. et Pauzé, R. (2010). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme: une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 117-145). Presses de l'université du Québec.
- Kimes, C. M., Golden, S. L., Maynor, R. F., Spangler, J. G. et Bell, R. A. (2014). Lessons learned in community research through the Native Proverbs 31 Health Project. *Preventing Chronic Disease*, 11, E59-E59.
<https://doi.org/10.5888/pcd11.130256>
- Korhonen, M. (2004). *Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice*.
https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30452/1/alcohol_problems_approaches.pdf
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. et Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 226-239.
<https://doi.org/10.1177/0163278708315926>
- Lai, G. C., Taylor, E. V., Haigh, M. M. et Thompson, S. C. (2018). Factors Affecting the Retention of Indigenous Australians in the Health Workforce: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 914.
- Leenen, I., Givaudan, M., Pick, S., Venguer, T., Vera, J. et Poortinga, Y. H. (2008). Effectiveness of a Mexican health education program in a poverty-stricken rural area of Guatemala. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(2), 198-214.
<https://doi.org/10.1177/0022022107312588>
- Lévesque, C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Revue de littérature – Services sociaux – Thème : les dépendances chez les Premières Nations et les Inuit*
https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/PD-23.pdf

- Lobb, R. et Colditz, G. A. (2013). Implementation science and its application to population health. *Annu Rev Public Health*, 34, 235-251.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114444>
- MacKinnon, S. (2018). *Practising community-based participatory research : stories of engagement, empowerment, and mobilization*. Purich Books.
<http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks3/upress/2018-04-08/1/9780774880121>
- McKay, J. R. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*. American Psychological Association.
- Mehta, T. G., Mahoney, J., Leppin, A. L., Stevens, K. R., Yousefi-Nooraie, R., Pollock, B. H., Shelton, R. C., Dolor, R., Pincus, H., Patel, S. et Moore, J. B. (2021). Integrating dissemination and implementation sciences within Clinical and Translational Science Award programs to advance translational research: Recommendations to national and local leaders. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1). <https://doi.org/10.1017/cts.2021.815>
- Meier, P. S., Barrowclough, C. et Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health. (2019). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*.
https://www.nccih.ca/495/Access_to_health_services_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=279
- O'Farrell, T. J. et Clements, K. (2012). Review of Outcome Research on Marital and Family Therapy in Treatment for Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 122-144. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 235-312). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01.0235>
- Perreault, J. et Beaulieu, A. (2008). *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec*.
<https://files.cssspnql.com/index.php/s/y2aTSWY1HQABQBR>

- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A. et Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Plourde, C., Brunelle, N. et Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-119. <https://doi.org/10.7202/044870ar>
- Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J., Alarie-Vézina, P., Beauregard, J. et Fortin, M.-C. (en rédaction). The Group Analysis Method to Co-Construct representations and deepen the understanding of alcohol problems and stakes related to models of intervention with First Nations and Inuit People.
- Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J. et Beauregard, J. (2019). *Sage Usage*. Adaptation culturelle du texte original de H. Simoneau, J. Tremblay et M. Landry
- Powers, M. B., Vedel, E. et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. et Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Robins, C. S., Ware, N. C., dosReis, S., Willging, C. E., Chung, J. Y. et Lewis-Fernández, R. (2008). Dialogues on Mixed-Methods and Mental Health Services Research: Anticipating Challenges, Building Solutions. *Psychiatric Services*, 59(7), 727-731. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.7.727>
- Roy, B. (2005). Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers. *Drogues, santé et société*, 4(1), 85-128.
- Rudd, B. N., Davis, M. et Beidas, R. S. (2020). Integrating implementation science in clinical research to maximize public health impact: a call for the reporting and alignment of implementation strategy use with implementation outcomes in clinical research. *Implementation Science*, 15(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01060-5>
- Sacca, L., Shegog, R., Hernandez, B., Peskin, M., Rushing, S. C., Jessen, C., Lane, T. et Markham, C. (2022). Barriers, frameworks, and mitigating strategies influencing the dissemination and implementation of health promotion

interventions in indigenous communities: a scoping review. *Implementation Science*, 17(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01190-y>

Sinclair, K. A., Zamora-Kapoor, A., Townsend-Ing, C., McElfish, P. A. et Kaholokula, J. K. (2020). Implementation outcomes of a culturally adapted diabetes self-management education intervention for Native Hawaiians and Pacific islanders. *BMC Public Health*, 20(1), 1579. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09690-6>

Skewes, M. C. et Blume, A. W. (2019). *Understanding the link between racial trauma and substance use among American Indians* <https://doi.org/10.1037/amp0000331>

Smith, L. T. (2021). *Decolonizing methodologies : research and indigenous peoples* (3e éd.). Zed books.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration of United States. (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/>

Urbanoski, K. A. (2017). Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44). <https://doi.org/10.1503/cmaj.171002>

Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B. et Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.013>

Wardman, D. et Quantz, D. (2006). Harm reduction services for British Columbia's First Nation population: a qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users. *Harm reduction journal*, 3, 30.

Chapitre 3 : Discussion et conclusion générale

De façon à éviter la redondance, les éléments abordés dans la discussion de l'article scientifique ne seront pas discutés de nouveau. Puisque ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la maîtrise en psychoéducation, la conclusion s'intéressera en premier lieu aux liens avec l'intervention psychoéducative, principalement avec l'exercice du rôle-conseil et le développement des capacités adaptatives professionnelles dans le contexte de l'intervention en dépendance dans les communautés des PNI. Les retombées scientifiques de l'étude ainsi que ses limites et des pistes pour de futures recherches seront brièvement présentées.

Exercer un rôle-conseil

L'expérience d'implantation du programme *Sage Usage* a permis de dégager des pistes pour l'intervention psychoéducative, particulièrement en ce qui a trait à l'accompagnement des intervenants en dépendance dans les communautés des PNI. Les activités de suivi et de soutien clinique mises en place dans le cadre de l'étude de l'implantation initiale de *Sage Usage* s'inscrivent en cohérence avec l'exercice du rôle-conseil en psychoéducation. Ce dernier peut être défini comme le fait « d'accompagner un intervenant, un groupe d'intervenants ou une organisation offrant des services dans le champ d'activité de la psychoéducation, afin de favoriser une réponse adéquate aux besoins manifestés par la ou les personnes désignées comme la cible d'intervention » (Caouette, 2020). Lorsqu'il agit en rôle-conseil, le psychoéducateur met en œuvre les trois savoirs : il s'appuie sur son bagage de connaissances de l'adaptation humaine – savoir, a recours aux opérations professionnelles – savoir-faire, et met de l'avant des attitudes professionnelles et des qualités personnelles qui permettent l'établissement d'une relation psychoéducative – savoir être (Caouette, 2016, 2020; Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2018).

Caouette (2016; 2020), inspiré de Kadushin (1992) et de Renou (2014), suggère trois grandes fonctions au rôle-conseil en psychoéducation : une fonction pédagogique, une fonction de soutien et une fonction normative. La fonction pédagogique implique le recours à différentes modalités telles que la formation, la supervision clinique et le co-développement et vise le

développement professionnel des intervenants. La fonction de soutien vise l'amélioration de la qualité de vie professionnelle des intervenants en tenant compte des enjeux affectifs et relationnels qu'ils rencontrent nécessairement dans leur pratique. La fonction normative quant à elle vise à assurer la qualité des pratiques professionnelles des intervenants.

Dans le cadre du suivi de l'implantation initiale de *Sage Usage*, l'accompagnement s'est principalement inscrit dans la fonction pédagogique. D'abord, les intervenants ont participé à la formation *Sage Usage*. Ils ont par la suite pris part aux rencontres de groupe sur l'implantation au cours desquelles une large place était laissée aux échanges et au partage d'expertise entre les intervenants. Ils ont également bénéficié d'un accompagnement individualisé dont l'intensité variait en fonction de leurs besoins et qui visait à les soutenir dans l'implantation du programme. À titre d'exemples, un intervenant qui souhaitait mettre en place le programme dans une formule de groupe a été soutenu par l'équipe de recherche dans la planification des activités du programme pour qu'elles conviennent à cette modalité. Également, une intervenante qui rencontrait des difficultés sur le plan du recrutement a été accompagnée dans le développement de stratégies pour faire connaître le programme au sein de sa communauté.

En ce qui a trait à la fonction de soutien (Caouette, 2020), les différentes activités de formation et de suivi ont amené l'équipe de recherche à constater qu'il s'agit d'une composante incontournable dans l'accompagnement des intervenants en dépendance des communautés des PNI. En effet, plusieurs personnes rencontrées dans le cadre des formations ont partagé leurs propres expériences en lien avec l'usage problématique de substances, soit parce qu'elles-mêmes ont rencontré des problèmes de consommation à un moment de leur vie ou parce qu'elles ont été ou sont toujours affectées par l'usage problématique d'un proche. Un tel vécu chez les intervenants est susceptible de donner lieu à des biais inconscients et à la réactivation d'enjeux personnels (Lecompte, 2010). Un accompagnement à travers une posture réflexive apparaît comme une stratégie susceptible d'atténuer l'effet de ces enjeux sur la relation d'aide (Leblanc, 2020). Ainsi les activités de formations en lien avec le programme *Sage Usage* sont désormais

planifiées et animées de façon à ce à ce que le temps et le climat soient propices à adresser ces enjeux relationnels et affectifs avec les intervenants.

En ce qui a trait à la fonction normative, les membres de l'équipe de recherche ont convenu de ne pas jouer un tel rôle puisqu'il implique un rapport hiérarchique (Caouette, 2020). En effet, l'approche participative communautaire mise de l'avant dans le projet cherche à mettre en place des relations égalitaires entre l'ensemble des partenaires et à ce que l'équipe de recherche évite de prendre un rôle d'expert (Holkup *et al.*, 2004; Israel, 2005; Israel *et al.*, 1998).

Caouette (2020) décrit deux postures qui peuvent être adoptées par le psychoéducateur qui exerce un rôle-conseil. La posture d'expert-conseil lui confère un rôle axé sur la transmission de connaissances et la formulation de recommandations alors que la posture de praticien réflexif s'inscrit dans un processus de co-construction où les connaissances du psychoéducateur sont complémentaires à celle de l'intervenant. Le travail auprès des intervenants des PNI appelle à l'adoption de la seconde posture, soit celle du praticien réflexif. En effet, comme cela a été décrit dans le chapitre 1, la colonisation et son héritage ont fait en sorte de priver les communautés autochtones de leur pouvoir d'agir à bien des égards et notamment en matière de santé et bien-être (Aguilar et Halseth, 2015; Yellow Horse Brave Heart et DeBruyn, 1998; Yellow Horse Brave Heart, 2003), d'où la nécessité d'intervenir auprès de cette population dans une perspective de décolonisation et de réconciliation (Vrakas et Laliberté, 2020). Cela implique de faire preuve de considération et de valoriser le savoir expérientiel des intervenants des communautés (Caouette, 2020) en les reconnaissant comme des experts du contexte spécifique dans lequel ils pratiquent. L'exercice du rôle-conseil auprès des intervenants des communautés des PNI doit s'enraciner dans le savoir-être du psychoéducateur. L'établissement d'une relation de confiance n'est possible que si le psychoéducateur s'investit dans une démarche de décolonisation personnelle et s'emploie à développer des pratiques culturellement sécurisantes en portant un regard critique sur ses pratiques, ses biais culturels et les dynamiques de pouvoir en cause (Curtis *et al.*, 2019; Doutrich *et al.*, 2012; Vrakas et Laliberté, 2020). À cet effet, une

implication active du psychoéducateur dans le milieu, donnant lieu à des situations de vécu partagé entre ce dernier et les intervenants, apparaît comme le terreau idéal pour approfondir sa compréhension des enjeux rencontrés et entrer en relation avec les parties prenantes (Caouette, 2016).

Soutenir le développement des capacités adaptatives professionnelles

Le niveau de convenance des interactions entre le potentiel adaptatif (PAD), qui correspond aux ressources et limites d'un individu et le potentiel expérientiel (PEX), qui correspond aux ressources et limites de l'environnement est un concept central en psychoéducation (OPPQ, 2014; Renou, 2005). En effet, lorsqu'il intervient auprès d'une personne en difficulté d'adaptation, le psychoéducateur déploie des stratégies pour faire en sorte que le niveau de convenance, c'est-à-dire l'écart entre le PAD et le PEX, soit approprié. Un écart approprié met la personne en situation de déséquilibre dynamique. L'écart n'est pas assez grand pour avoir un effet inhibant chez la personne, mais assez significatif pour stimuler la motivation de cette dernière de sorte qu'elle fasse des apprentissages et actualise des stratégies pour transiger avec les difficultés qu'elle rencontre (Gendreau, 2001; OPPQ, 2014; Renou, 2005). Dans l'exercice du rôle-conseil, la cible ultime des interventions demeure la personne en difficulté d'adaptation, mais le psychoéducateur accompagne l'intervenant de façon à ce que son « potentiel adaptatif professionnel » rencontre le « potentiel expérientiel de son contexte professionnel » (Caouette, 2020).

L'accompagnement des intervenants dans l'implantation initiale de *Sage Usage* a permis de constater l'importance d'une analyse fine de l'écart entre le PAD et le PEX professionnels. Les intervenants dans les communautés ont des niveaux de formation et d'expérience professionnelle. Les résultats de l'étude d'implantation indiquent que la connaissance des concepts de base et des principales approches d'intervention en dépendance ainsi que le

sentiment d'autoefficacité des intervenants sont deux aspects du PAD professionnel qui pourraient être améliorés pour réduire l'écart PAD/PEX.

Outre le contexte sociohistorique particulier aux PNI dont la prise en compte est incontournable, le PEX professionnel varie considérablement d'un milieu de pratique à l'autre. Les communautés sont caractérisées par une grande hétérogénéité en matière d'organisation et d'accès aux services ainsi qu'au plan des traditions et réalités sociales (Parrott, 2020). Ainsi, il convient d'accompagner personnellement chaque intervenant dans une perspective de co-construction pour adapter les modalités de prestation du programme à son contexte de pratique spécifique. Dans une perspective de développement du pouvoir d'agir, il importe d'outiller les intervenants en dépendance des communautés des PNI pour qu'ils puissent mettre à profit leurs forces et leurs savoirs expérientiels dans le développement d'interventions culturellement adéquates pour leur clientèle.

Retombées scientifiques de l'étude

Cette étude a mis en exergue l'importance que la pertinence des processus de recherche et des méthodes employées fasse continuellement l'objet d'une réflexion critique en collaboration avec les parties prenantes pour assurer le développement de connaissances qui soient significatives et utiles aux membres de la communauté (Canadian Centre for Policy Alternatives [CCPA] Manitoba, 2018; MacKinnon, 2018). L'héritage historique du colonialisme et des pratiques de recherche inadéquates a créé un contexte où la création de liens de confiance entre les chercheurs et les membres des communautés des PNI peut se révéler ardue (Smith, 2021). Cela exige, de la part des chercheurs, une remise en question des façons de faire et un souci de tendre vers la sécurisation culturelle dans toutes les étapes de la recherche (Harrowing *et al.*, 2010). Les réalités des communautés des PNI ne sont pas homogènes et les processus de recherche doivent se montrer flexibles et sensibles aux rythmes et à la réalité de chaque communauté.

En regard du développement et de l'implantation d'innovations dans les communautés des PNI, l'expérience d'implantation de *Sage Usage* a permis de tirer plusieurs leçons. En cohérence avec la littérature sur la conduite de projets de recherche avec les membres des communautés autochtones, l'engagement à long terme dans une démarche participative (MacKinnon, 2018) est apparu comme incontournable pour mener à bien ce projet. La mise en place de groupes de discussion sur l'implantation du programme a permis de donner une voix aux parties prenantes et d'identifier rapidement l'inadéquation du protocole de recherche initialement développé avec la réalité des intervenants et de leur relation avec leur clientèle. Ainsi, les documents écrits ont pu être remplacés par une évaluation à l'oral, plus congruente avec la vision du monde autochtone (CCPA Manitoba, 2018) et avec laquelle les intervenants se sentaient plus à l'aise.

En regard du processus de recherche, les enjeux rencontrés dans l'implantation du programme *Sage Usage* ont amené l'équipe de recherche à remettre en question certaines façons de faire. À cet effet, bien que la phase d'adaptation culturelle ait été conduite de manière rigoureuse en s'appuyant sur un modèle reconnu par la communauté scientifique, l'utilisation d'un modèle allochtone pour adapter un programme à la culture autochtone est apparue difficilement conciliable avec la nature participative et communautaire du projet. Il s'est révélé plus approprié de co-construire le modèle avec les communautés et de se dégager de la notion « d'adaptation culturelle » pour s'inscrire davantage dans la recherche « d'adéquation culturelle » (Plourde, Alarie-Vézina et Picard, 2021). Ainsi, pour la poursuite du projet *Sage Usage*, l'équipe de recherche a choisi d'éviter l'expression « adaptation culturelle » et de privilégier l'utilisation « d'adéquation culturelle » pour décrire un processus complexe qui implique de rendre pertinents et significatifs non seulement le contenu du programme et sa forme, mais également ses processus d'implantation et ses modalités de prestation, et ce, en tenant compte du caractère unique de chaque communauté des PNI.

En regard du développement du programme, cette étude d'implantation a permis d'alimenter le développement du programme *Sage Usage* et d'identifier des pistes concrètes pour

qu'il tende davantage vers l'adéquation culturelle. Sur le plan du programme, différents changements ont été faits pour rendre les activités plus imagées et pour qu'elles soient utilisables indépendamment les unes des autres afin de répondre aux besoins des personnes pour qui l'engagement dans une démarche de quelques semaines n'est pas possible. Des éléments en lien avec la polyconsommation et un souci d'inclure davantage l'objectif d'abstinence font également partie des changements concrets qui ont été faits pour mieux répondre aux besoins identifiés par les intervenants dans les entrevues. Les constats en lien avec l'implantation initiale ont également donné lieu à des échanges avec les partenaires du projet dans les communautés : ils ont suggéré d'offrir le programme dans le cadre d'un séjour de ressourcement sur le territoire, une modalité de prestation novatrice qui a été expérimentée en mai 2022. Comprendre l'expérience des intervenants en regard de l'implantation de *Sage Usage* a également aiguillé l'équipe de recherche pour l'amélioration des processus de formation. Les formations au programme ont désormais lieu dans les communautés plutôt qu'en milieu urbain et l'approche mise de l'avant s'inscrit davantage dans le vécu partagé de façon à susciter l'appropriation du programme par les intervenants. Le ressourcement *Sage Usage* de mai 2022 a aussi été l'occasion d'expérimenter une approche de formation novatrice. Certains intervenants ont amorcé leur formation *Sage Usage* en faisant l'expérience du programme et de son animation tout en étant accompagnés par des intervenants plus expérimentés et par l'équipe de recherche.

Limites et perspectives pour de futures recherches

La présente étude comporte un certain nombre de limites, notamment en ce qui a trait à l'échantillon de convenance de petite taille (n=31). Les participants à l'étude ne forment pas un échantillon représentatif des intervenants formés au programme *Sage Usage*. Il est également raisonnable de penser que les intervenants qui ont choisi de participer aux entrevues sont ceux qui ont une perception plus positive du programme, ce qui est susceptible de biaiser les résultats et limite leur généralisation. Pour préserver l'anonymat des participants, l'équipe de recherche a fait le choix de ne pas spécifier l'identité autochtone ou allochtone des participants, ce qui limite l'interprétation des résultats puisqu'il n'est pas possible de comparer les perspectives des deux catégories d'intervenants. Notons également que la pandémie de Covid-19 est survenue dans les premiers mois de la phase d'implantation initiale de *Sage Usage*. Il s'agit d'un facteur historique ayant sans doute entravé l'implantation du programme et donné lieu à certains biais dont il est difficile de prendre la juste mesure.

La perspective des intervenants sur l'implantation initiale de *Sage Usage* a permis d'avoir accès à des résultats d'une grande richesse. Les prochaines étapes de l'implantation du programme devraient s'appuyer sur les apprentissages réalisés dans le cadre de la présente étude et être évaluées via une démarche participative en continuité avec celle mise de l'avant depuis l'amorce du projet. S'intéresser à l'expérience des personnes accompagnées dans le cadre du programme *Sage Usage* permettrait d'avoir une compréhension plus complète du degré d'adéquation culturelle du programme et de sa mise en œuvre. Par ailleurs, élaborer une définition du concept d'adéquation culturelle appuyée sur l'expérience du projet *Sage Usage* et sur une recension de la littérature scientifique contribuerait à l'avancement des connaissances sur le développement de pratiques d'intervention culturellement significatives et pertinentes pour les membres des PNI. Dans le même ordre d'idée, des travaux permettant d'identifier des stratégies culturellement adéquates pour soutenir le développement des compétences et du sentiment d'autoefficacité des intervenants en dépendance des communautés des PNI contribueraient à

l'amélioration de la qualité des services offerts aux membres de ces communautés qui vivent des problèmes en lien avec l'usage de substances.

Références

- Aguiar, W. et Halseth, R. (2015). *Peuples autochtones et traumatisme historique : les processus de transmission intergénérationnelle*. <https://www.censa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-FR.pdf>.
- Allotey, P., Reidpath, D. D., Ghalib, H., Pagnoni, F. et Skelly, W. C. (2008). Efficacious, effective, and embedded interventions: implementation research in infectious disease control. *BMC Public Health*, 8, 343. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-343>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barrera, M., Castro, F. G., Strycker, L. A. et Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/a0027085>
- Bélangier, R., Muckle, G., Courtemanche, Y. et Poliakova, N. (2020). *Substance Use. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?* https://nrhss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12332_RESI_Substance_Use_EP5.pdf
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I. et Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022>
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf
- Brisson, P. et Fallu, J.-S. b. (2008). Réduction des méfaits, science et politique : d'hier à demain. *L'intervenant*, 24(3), 9-15.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J. et Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3), 167-179. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x>

- Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C. et Stockwell, T. (2011). *L'alcool et la santé au Canada : Résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
- Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA) Manitoba. (2018). *Na-gah mo Waabishkizi Ojijaak Bimise Keetwaatino: Singing white crane flying north: Gathering a bundle for Indigenous evaluation*. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2018/03/Na-gahmo-waabishkizi-ojijaak-bimise-keetwaatino.pdf>
- Caouette, M. (2016). Une conception de l'exercice du rôle-conseil. Dans M. Caouette (dir.), *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil* (p. 17-45). Béliveau éditeur.
- Caouette, M. (2020). L'exercice du rôle-conseil par le psychoéducateur. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 189-205). Presses de l'Université du Québec.
- Castro, F. G., Barrera, M. et Martinez, C. R. (2004). The Cultural Adaptation of Prevention Interventions: Resolving Tensions Between Fidelity and Fit. *Prevention Science*, 5(1), 41-45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- CATIE. (2021). *Réduction des méfaits et hépatite C*. <https://www.catie.ca/fr/hepatite-c-un-guide-detaille/reduction-des-mefaits-et-hepatite-c#:~:text=La%20r%C3%A9duction%20des%20m%C3%A9faits%20est>
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, A. N. et Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf_chauvet.pdf
- Chen, H.-t. (2015). *Practical program evaluation : theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2^e éd.). SAGE Publications.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : Consommation d'alcool et de drogues, cyberdépendance et problèmes liés aux jeux de hasard*. https://www.cssspnql.com/docs/default-source/ers-phase-3/dependance_ers_phase-3_fra.pdf?sfvrsn=2

- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir - Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Executive_Summary_Web.pdf
- Cotton, J.-C., Laventure, M. et Joly, J. (2016). Adaptation culturelle d'un programme de prévention universel des dépendances pour les enfants autochtones innus. *Drogues, santé et société*, 15(2), 77-99. <https://doi.org/10.7202/1038631ar>
- Cross, T. L., Earle, K., Solie, H. E. et Manness, K. (2000). *Cultural Strengths and Challenges in Implementing a System of Care Model in American Indian Communities*. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/ERIC-ED467100/pdf/ERIC-ED467100.pdf>
- Csillik, A. et Fenouillet, F. (2019). Edward Deci, Richard Ryan et la théorie de l'autodétermination. Dans P. Carré et P. Mayen (dir.), *Psychologies pour la formation* (p. 223-240). Dunod.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2009). Self-determination theory: a consideration of human motivational universals. Dans G. Matthews et P. J. Corr (dir.), *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (p. 441-456). Cambridge University Press.
- Dell, C. et Lyons, T. (2007). Harm Reduction Policies and Programs for Persons of Aboriginal Descent. *Canadian Centre on Substance Abuse*, 10.
- Dell, C. A., Seguin, M., Hopkins, C., Tempier, R., Mehl-Madrona, L., Dell, D., Duncan, R. et Mosier, K. (2011). From Benzos to Berries: Treatment Offered at an Aboriginal Youth Solvent Abuse Treatment Centre Relays the Importance of Culture. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 75-83. <https://doi.org/10.1177/070674371105600202>

- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E. et Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 862-887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Doutrich, D., Arcus, K., Dekker, L., Spuck, J. et Pollock-Robinson, C. (2012). Cultural Safety in New Zealand and the United States: Looking at a Way Forward Together. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(2), 143-150. <https://doi.org/10.1177/1043659611433873>
- Dumont, J. et National Native Addictions Patnership Foundation (2014). *Honouring Our Strengths: Indigenous Culture as Intervention in Addictions Treatment Project*. <https://cyfn.ca/wp-content/uploads/2016/10/Honouring-our-strengths-Culture-as-treatment-resource-guide.pdf>
- Dunbar-Ortiz, R. et Gilio-Whitaker, D. (2016). *"All the real Indians died off" : and 20 other myths about Native Americans*. Beacon Press.
- Éduc'alcool et CROP. (2021). *Les Québécois et l'alcool*. <https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2021/12/Les-Que%CC%81be%CC%81cois-et-lalcool-2021.pdf>
- Enoch, M. A. et Albaugh, B. J. (2017). Review: Genetic and environmental risk factors for alcohol use disorders in American Indians and Alaskan Natives. *The American journal on addictions*, 26(5), 461-468. <https://doi.org/10.1111/ajad.12420>
- Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : Historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (p. 105-127). Presses de l'Université Laval.
- First Nations Addictions Advisory Panel et Health Canada. (2012). Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada. <https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2014/02/honorer-nos-forces.pdf>
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois meilleures pratiques de prévention*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1488_UsageSubstPsychoactJeunes_MeillePratiquesPrev.pdf

- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Sciences et culture.
- Gonzalez, V. M., Burroughs, A. et Skewes, M. C. (2021). Belief in the American Indian/Alaska Native biological vulnerability myth and drinking to cope: Does stereotype threat play a role? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 27(1), 37-46. <https://doi.org/10.1037/cdp0000366>
- Gonzalez, V. M. et Skewes, M. C. (2016a). Association of the firewater myth with drinking behavior among American Indian and Alaska Native college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(8), 838-849. <https://doi.org/10.1037/adb0000226>
- Gonzalez, V. M. et Skewes, M. C. (2016b). Association of the firewater myth with drinking behavior among American Indian and Alaska Native college students. *Psychology of addictive behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(8), 838-849. <https://doi.org/10.1037/adb0000226>
- Gonzalez, V. M. et Skewes, M. C. (2018). Association of belief in the “firewater myth” with strategies to avoid alcohol consequences among American Indian and Alaska Native college students who drink. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(4), 401-409. <https://doi.org/10.1037/adb0000367>
- Gordon, R. S., Jr. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107-109.
- Gouvernement du Canada. (2018). *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/financement/programme-national-lutte-contre-abus-alcool-drogues-autochtones.html>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Peuples et communautés autochtones*. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>
- Gouvernement du Québec. (2011). *Amérindiens et Inuits, Portraits des nations autochtones du Québec*, (2^e éd.). <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/saa/administratives/brochures/document-11-nations-2e-edition.pdf?1605704959>

- Gouvernement du Québec. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, Rapport final*.
https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Gouvernement du Québec. (2021, 2021). Profil des nations.
https://www.autochtones.gouv.qc.ca/relations_autochtones/profils_nations/profil.asp
- Gouvernement du Québec. (2022a). *L'approche de réduction des méfaits*.
<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>
- Gouvernement du Québec. (2022b). *Les recommandations de consommation d'alcool à faible risque*. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-recommandations-consommation-faible-risque>
- Gouvernement du Québec. (2022c). *Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuits*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/particularites-des-services-aux-communautes-autochtones/services-sociaux/#:~:text=Des%20agents%20du%20PNLAADA%20travaillant,activit%C3%A9s%20r%C3%A9cr%C3%A9atives%20pour%20les%20jeunes>.
- Green, L., George, M. A., Daniel, M., Frankish, C., Herbert, C., Bowie, W. R. et O'Neill, M. (1995). Study of Participatory Research in Health Promotion. *Book Study of Participatory Research in Health Promotion*, 43-50.
- Harrowing, J. N., Mill, J., Spiers, J., Kulig, J. et Kipp, W. (2010). Critical Ethnography, Cultural Safety, and International Nursing Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 9(3), 240-251. <https://doi.org/10.1177/160940691000900301>
- Hawkins, E. H., Cummins, L. H. et Marlatt, G. A. (2004). Preventing substance abuse in American Indian and Alaska native youth: promising strategies for healthier communities. *Psychol Bull*, 130(2), 304-323. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.304>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A. et Baethge, C. (2021). Controlled drinking - Non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8), 1973-1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>

- Holkup, P. A., Tripp-Reimer, T., Salois, E. M. et Weinert, C. (2004). Community-based participatory research: an approach to intervention research with a Native American community. *Advances in Nursing Science*, 27(3), 162-175.
<https://doi.org/10.1097/00012272-200407000-00002>
- Huot, P. (2015). La question métisse au Québec. *Histoire Québec*, 21(2), 10-13.
- Institut de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*.
<https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/06/eptc2-2018.pdf>
- Israel, B. A. (2005). *Methods in community-based participatory research for health*. Jossey-Bass.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. et Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*, 19, 173-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Joly, J., Touchette, L. et Pauzé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme: Une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. (p. 117-146). Presses de l'Université du Québec.
- Konaté, B., Berthé, A., Hien, H. M., Tou, F., Drabo, M. K. et Franssen, A. (2019). Une application de la méthode d'analyse en groupe en contexte urbain burkinabé. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 141(1), 46-63.
<https://doi.org/10.1177/0759106318812789>
- Koptie, S. (2009). Irihapeti Ramsden: The Public Narrative on Cultural Safety. *First Peoples Child & Family Review*, 4(2), 30-43. <https://doi.org/10.7202/1069328ar>
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. et Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 226-239.
<https://doi.org/10.1177/0163278708315926>

- La Marr, C. J. (2003). *“Firewater myth”: Fact, fantasy or self-fulfilling prophecy*. (thèse de doctorat, University of Washington). ProQuest.
<https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/firewater-myth-fact-fantasy-self-fulfilling/docview/305277338/se-2?accountid=14725>
- Larimer, M. E. et Marlatt, G. A. (1990). Applications of relapse prevention with moderation goals. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 189-195.
- Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l’adolescence : recension des facteurs prédictifs de l’efficacité. *Drogues, santé et société*, 9(1), 121-164. <https://doi.org/10.7202/044871ar>
- Laverty, M., McDermott, D. R. et Calma, T. (2017). Embedding cultural safety in Australia's main health care standards. *Medical Journal of Australia*, 207(1), 15-16.
<https://doi.org/10.5694/mja17.00328>
- Leblanc, L. (2020). Les attitudes professionnelles en psychoéducation. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 105-126). Presses de l'Université du Québec.
- Lecompte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique? *Cahier recherche et pratique. Ordre des psychologues du Québec*, 1(1), 7-9.
- Lévesque, C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Revue de littérature – Services sociaux – Thème : les dépendances chez les Premières Nations et les Inuit*.
https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/PD-23.pdf
- Lobb, R. et Colditz, G. A. (2013). Implementation science and its application to population health. *Annu Rev Public Health*, 34, 235-251. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114444>
- MacKinnon, S. (2018). *Practising community-based participatory research : stories of engagement, empowerment, and mobilization*.
<http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks3/upress/2018-04-08/1/9780774880121>

- Maisto, S. A., Carey, S. B. et Bradizza, C. M. (1999). Social learning theory. Dans K. E.
- Leonard et H. T. Blane (dir.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (p. 106-163). Guilford Press.
- Malone, M. et Chisholm, L. (2016). Territoire autochtone.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/indigenous-territory>
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S. et Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24(4), 461-503. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80314-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80314-4)
- Marlatt, G. A., Parks, G. A. et Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. http://www.drugsandalcohol.ie/13620/1/NTA_RPT.pdf
- McCue, H. A. (2018). Éducation des Autochtones au Canada.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/education-des-autochtones>
- McKay, J. R. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11888-000>
- Mehta, T. G., Mahoney, J., Leppin, A. L., Stevens, K. R., Yousefi-Nooraie, R., Pollock, B. H., Shelton, R. C., Dolor, R., Pincus, H., Patel, S. et Moore, J. B. (2021). Integrating dissemination and implementation sciences within Clinical and Translational Science Award programs to advance translational research: Recommendations to national and local leaders. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1), e151.
<https://doi.org/10.1017/cts.2021.815>
- Miller, J. R. (2020). Pensionnats indiens au Canada.
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/pensionnats>
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*, (2^e éd.). InterÉditions.
- Nunavik Regional Board of Health and Social Services. (2022). *Definition of an Inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik*.

https://nrhss.ca/sites/default/files/health_surveys/The_IQI_Model_of_Health_and_Well-Being_report_en.pdf

Nutton, J. et Fast, E. (2015). Historical Trauma, Substance Use, and Indigenous Peoples: Seven Generations of Harm From a 'Big Event'. *Substance Use & Misuse*, 50(7), 839-847. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1018755>

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Evaluation_psychoeducative_2014.pdf

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2018). *Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession au Québec*. <https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/04/Rf-de-comptences-Version-adopte-par-le-CA-duconseil-17-mai-2018-1.pdf>

Paquette, C. E., Daughters, S. B. et Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110>

Parrott, Z. (2020). Peuples autochtones au Canada. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/peuples-autochtones>

Perreault, J. et Beaulieu, A. (2008). *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/y2aTSWY1HQABQBR>

Plourde, C., Alarie-Vézina, P. et Picard, B. (2021). *SAGE USAGE : Un programme qui s'adapte à la culture des Premières Nations et des Inuits*. Midi-Conférences IUD. https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/Pr%C3%A9sentation%2014%20d%C3%A9cembre_finale.pdf

Plourde, C., Brunelle, N. et Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-119. <https://doi.org/10.7202/044870ar>

- Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J., Alarie-Vézina, P., Beaugard, J. et Fortin, M.-C. (en rédaction). The Group Analysis Method to Co-Construct representations and deepen the understanding of alcohol problems and stakes related to models of intervention with First Nations and Inuit People.
- Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J. et Beaugard, J. (2019). *Sage Usage*. Adaptation culturelle du texte original de H. Simoneau, J. Tremblay et M. Landry
- Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J., Beaugard, J. et Alarie-Vézina, P. (2019, 23-25 octobre). *The Cultural Adaptation Process of an Alcohol Controlled-Drinking Program to the Indigenous Culture* [communication orale]. Lisbon Addictions 2019, Lisbon, Portugal.
- Posca, J. (2018). Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec. https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_Ine_galite_s_4_WEB_02.pdf
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffley, R. et Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Proctor, E. K., Powell, B. J. et Feely, M. A. (2014). Measurement in Dissemination and Implementation Science. Dans S. B. Rinad et C. K. Philip (dir.), *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices in Child and Adolescent Mental Health*, (22-34). Oxford University Press.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Sciences et culture.

- Rosenberg, H. (2002). Controlled drinking. Dans M. Hersen et W. Sledge (dir.). *Encyclopaedia of psychotherapy*, (533-544). Science Direct.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. et Henry, G. T. (2019). *Evaluation : a systematic approach*, (8^e éd.). SAGE.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C. et Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-34>
- Roy, B. (2005). Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers. *Drogues, santé et société*, 4(1), 85-128.
- Saladin, M. E. et Ana, E. J. S. (2004). Controlled drinking: More than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(3), 175-187. <https://doi.org/10.1097/00001504-200405000-00005>
- Simoneau, H., Landry, M. et Tremblay, J. (2012). *Alcochoix+ : Manuel de l'intervenant et de l'intervenante*.
- Smith, L. T. (2021). *Decolonizing methodologies : research and indigenous peoples*. (3^e éd.). Zed books.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration of United States. (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/>
- Suissa, A. (1999). La maladie de l'alcoolisme en Amérique du Nord : une analyse critique des fondements scientifiques et des enjeux sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(2), 65-88. <https://doi.org/10.7202/000054ar>
- Twigg, R. C. et Hengen, T. (2009). Going Back to the Roots: Using the Medicine Wheel in the Healing Process. *First Peoples Child & Family Review*, 4(1), 10-19. <https://doi.org/10.7202/1069345ar>

- Urbanoski, K. A. (2017). Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44), E1350. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171002>
- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M. et Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe : applications aux phénomènes sociaux*. Dunod.
- Vrakas, G. et Laliberté, A. (2020). L'intervention psychoéducatrice auprès des Autochtones. Dans C. Maïano, S. Coutu, A. Aimé et V. Lafantaisie (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 611-642). Presses de l'Université du Québec
- Walsh-Buhi, M. L. (2017). 'Please don't just hang a feather on a program or put a medicine wheel on your logo and think 'oh well, this will work': Theoretical perspectives of American Indian and Alaska native substance abuse prevention programs. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 40(1), 81-87. <https://doi.org/10.1097/FCH.000000000000125>
- Wardman, D. et Quantz, D. (2006). Harm reduction services for British Columbia's First Nation population: a qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users. *Harm reduction journal*, 3, 30.
- Yellow Horse Brave Heart, M. et DeBruyn, L. (1998). The American Indian Holocaust: Healing Historical Unresolved Grief. *The American Indian Holocaust: Healing Historical Unresolved Grief. American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 8, 60-82.
- Yellow Horse Brave Hearth, M. (2003). The Historical Trauma Response Among Natives and its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 7-13. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399988>

Appendice A

Directives aux auteurs de la revue *Drogues, santé et société*



Directives aux auteurs

Chaque texte soumis pour publication à Drogues, santé et société doit répondre aux exigences suivantes :

Éléments d'identification

- Titre (maximum de 12 mots);
- Titre abrégé pour l'édition papier (maximum de 60 caractères, espaces inclus);
Nom de l'auteur ou des auteurs;
- Titre d'emploi, grades universitaires et affiliation pour chacun des auteurs;
Coordonnées (adresse de correspondance, téléphone et courriel) du premier auteur seulement;
- Résumé français (maximum de 300 mots);
- Résumé anglais;
- Mots-clés en français et en anglais (maximum de six).

Résumé

L'article doit être accompagné d'un résumé concis dont le contenu s'en tient aux faits (250-300 mots). Dans le cas d'une recherche empirique, il doit énoncer les objectifs de l'étude, sa structure, l'approche et la méthode retenues, les participants à la recherche, les résultats et la conclusion.

Lorsqu'il s'agit d'autres types d'articles, comme les articles de réflexion théoriques et de transfert des connaissances ou les analyses de politiques, la structure du résumé peut être différente.

Le résumé doit avoir du sens en lui-même et les auteurs doivent le présenter à part. Il est déconseillé d'y inclure des références, mais dans le cas où cela s'impose, la référence doit être complète et ne doit pas renvoyer le lecteur à la liste des ouvrages cités ou à la bibliographie.

Les auteurs sont également invités à joindre une version anglaise de ce résumé.

Corps du texte

- Texte à double interligne d'au plus 6 250 mots, excluant la bibliographie, de même que les tableaux et figures
- Police Arial, 12 points

Hiérarchie des titres

Bien qu'il existe plusieurs procédés typographiques pour bien hiérarchiser l'information, Drogues, santé et société préconise l'utilisation de titres et de sous-titres mis en relief soit par des majuscules, petites majuscules, minuscules, caractères gras ou taille des caractères. Le mode de présentation par numérotation n'est pas accepté.

Références et bibliographies

Les références dans le texte et la bibliographie des articles soumis doivent être conformes aux normes de la 7^e édition de l'APA.

Références dans le texte

Les références doivent être incluses au texte et présentées entre parenthèses.

Par ex. :

- (Perreault, 2003), pour un auteur seul
- (Landry et Guyon, 2004), pour deux auteurs
- (Ricaurte et al., 2002), pour trois auteurs et plus

Lorsque plusieurs sources sont citées simultanément, il est préférable d'écrire les sources en ordre alphabétique du premier auteur.

Par ex. :

- (Brown et Steer, 2005 ; Forman, 2003 ; Ricaurte et al., 2002)

Bibliographie

Pour une monographie :

Nom, A. (Année). *Titre de la monographie* (x^e éd., vol. y). Maison d'édition.

Nom, A., Nom, B. et Nom, C. (Année). *Titre de la monographie* (x^e éd., vol. y). Maison d'édition.

Par ex. :

- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*. Éditions Management et Sociétés.

- Lebovici, S., Diatkine, R. et Soulé, M. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd., vol. 4). Presses universitaires de France.

Pour un chapitre de livre :

Nom, A. (année). Titre du chapitre. Dans A. Directeur et B. Directeur (dir.), *Titre du livre* (x^e éd., vol. x, p. xx-yy). Maison d'édition.

Par ex. :

- Chouchena, O., Soulé, M. et Noël, J. (2004). Les grands-parents dans la dynamique normale ou pathologique des enfants. Dans S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd., vol. 4, p. 2633-2660). Presses universitaires de France.

Pour un article périodique avec DOI (Digital Object Identifier) :

Nom, A. (Année). Titre de l'article. *Titre de la revue, volume*(numéro), xxx-yyy. DOI

Par ex. :

- Raymond, C., Marin, M.-F., Juster, R.-P et Lupien, S. J. (2019). Should we suppress or reappraise our stress? : The moderating role of reappraisal on cortisol reactivity and recovery in healthy adults. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(3), 286-297. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1596676>

Pour un article périodique sans DOI (papier ou provenant d'une base de données) :

Nom, A. (Année). Titre de l'article. *Titre de la revue, volume*(numéro), xxx-yyy.

Par ex. :

- Plourde, C., Brunelle, N. et Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-120.
- Madson, M. B., Loignon, A. C. et Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing : A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 101-109.

Pour un article comprenant plus de 20 auteurs :

Inscrire les 19 premiers, suivi de points de suspension (...) et du dernier auteur cité.

Par ex. :

- Musial, T. F., Molina-Campos, E., Bean, L. A., Ybarra, N., Borenstein, R., Russo, M. L., Buss, E. W., Justus, D., Neuman, K. M., Ayala, G. D., Mullen, S. A., Voskobiynyk, Y., Tulisiak, C. T., Fels, J. A., Corbett, N. J., Carballo, G., Kennedy, C. D., Popovic, J., Ramos-Franco, J., ... Nicholson, D. A. (2018). Store depletion-induced h-channel plasticity rescues a channelopathy linked to Alzheimer's disease. *Neurobiology of learning and memory*, 154, 141-157. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2018.06.004>

Pour un article de journal :

Par ex. :

- Boutros, M. (2019, 27 mai). Sonder les profondeurs du cerveau. *Le Devoir*, A4.
- Leduc, L. (2019, 5 novembre). DPJ : les enfants risquent d'être traumatisés de nouveau par le système. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/201911/05/01-5248405-dpj-les-enfants-risquent-detre-traumatisees-de-nouveau-par-le-systeme.php>

Pour une thèse ou un mémoire repéré sur le Web ou dans un dépôt institutionnel :Nom, A. (année). *Titre* [thèse de doctorat, nom de l'université]. Nom du dépôt. URL

Par ex. :

- Rioux, C. (2018). *De la sensibilité différentielle à la diathèse-stress dans la prédiction de la consommation de substances à l'adolescence : interactions entre l'environnement familial et le tempérament au cours du développement* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21164/Rioux_Charlie_2018_these.pdf

Pour une thèse ou un mémoire repéré dans Proquest Dissertations & Theses Global :

Par ex. :

- Hamilton, E. (2015). *Open for reporting: An exploration of open data and journalism in Canada* (publication n° 1604462) [mémoire de maîtrise, University of Toronto]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

Pour une thèse ou un mémoire sur support papier :

Par ex. :

- Taillefer, S. S. (2005). *Composantes psychologiques et cognitives du syndrome de fatigue chronique* [thèse de doctorat inédite]. Université de Montréal.

Pour un rapport de recherche (et autres documents PDF autonomes) :Nom, A., Nom, B. et Nom, C. (date). *Titre* (publication n° xxxx [si disponible]), Éditeur. DOI ou URL

Par ex. :

- Paquette, G., Bergeron, M., Lemieux, S., Castonguay-Khounsombath, S. et Prévost-Lemire, M. (2018). *Violences sexuelles en milieu universitaire : résultats de l'enquête sexualité, sécurité et interactions en milieu universitaire (ESSIMU) pour l'Université de Sherbrooke*. Université de Sherbrooke. http://essimu.quebec/wp/wp-content/uploads/2015/12/ESSIMU_rapport_UdeS.pdf

Pour une publication gouvernementale (organisme comme auteur) :

Nom du ministère ou de l'organisme. (date). *Titre* (publication n° xxxx [si disponible]).

Éditeur [si différent de l'auteur]. DOI ou URL

Par ex. :

- Agence de la santé publique du Canada. (2016, mai). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016* (publication n° HP35-70/2016F-PDF). http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP35-70-2016-fra.pdf

Pour une publication gouvernementale (personne identifiée comme auteur) :

Nom, A. (date). *Titre* (publication n° xxxx [si disponible]). Éditeur. DOI ou URL

Par ex. :

- Tessier, C. et Comeau, L. (2017, mars). *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire* (publication n° 2243). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2243_developpement_promotion_prevention_contexte_scolaire.pdf

Pour une communication orale ou par affiche :

Nom, A. (date). *Titre de la communication* [communication orale ou communication par affiche].

Nom de la conférence, Lieu. DOI ou URL

Par ex. :

- Gross, M., Giroux, M. et Brunet, L. (2019, 27-31 mai). *Analyse comparée franco-québécoise du droit applicable aux couples de parents de même sexe à la lumière de données qualitatives recueillies auprès de familles françaises vivant au Québec* [communication orale]. 87^e congrès de l'ACFAS. Gatineau, QC, Canada. <https://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/87/400/411/c>

Pour une communication lors d'un symposium :

Nom, A. (date). Titre de la communication. Dans A. Responsable (resp.), *Titre du symposium*

[symposium]. Nom de la conférence, Lieu. DOI ou URL

Par ex. :

- Alhazim, K., Arab, A., Gauro, M.-H., Guenoun, Z., Laboissonnière, P., Mérineau S. et French Bourgeois, L. (2019, 3 avril). Le communautarisme sauvera-t-il l'environnement? Dans L. French Bourgeois (resp.), *Réduisons la consommation de plastique! Un regard sur les facteurs modulant l'influence des normes sociales favorisant la diminution du plastique* [symposium]. 13^e journée scientifique du département de psychologie de l'Université de Montréal, Montréal, QC, Canada. https://psy.umontreal.ca/fileadmin/Documents/FAS/Psychologie/journees-scientifique/Programme_JS2019.pdf

Pour une page Web :

Nom, A. (date). *Titre de la page*. Nom du site. URL

Par ex. :

- Létourneau, J., Brisson, M. et Moretti, S. (2019, 18 septembre). *L'infirmière et l'usage ou l'abus de substances intoxicantes : responsabilités déontologiques*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/l-infirmiere-et-l-usage-ou-l-abus-de-substances-intoxicantes-responsabilites-deontologiques?inheritRedirect=true&redirect=%2Fprotection-du-public%2Fapercu>

À ne pas oublier

- Est-ce que toutes les références citées dans l'article se retrouvent dans la bibliographie ?
- Est-ce que les dates sont exactes ?
- Est-ce que la bibliographie présente les noms d'auteurs par ordre alphabétique ?
- Est-ce que les notices bibliographiques sont complètes ?

Pour plus d'information au sujet de ce modèle francisé de présentation de références selon les normes de l'American Psychological Association (APA), les auteurs peuvent se référer au document *Citer selon les normes de l'APA*, préparé par les bibliothécaires de l'Université de Montréal : <https://bib.umontreal.ca/citer/styles-bibliographiques/apa>

Pour les utilisateurs du logiciel bibliographique EndNote, l'Université de Montréal rend également disponible un fichier de style APA modifié¹ conforme aux adaptations proposées dans son guide : <https://bib.umontreal.ca/citer/styles-bibliographiques/apa?tab=3339>

Graphiques et figures

Pour des questions de qualité d'image et d'impression, les auteurs sont invités à envoyer leurs graphiques et figures qui proviennent d'une autre source dans un fichier séparé de haute résolution (300 dpi). Il est à noter qu'il est préférable de ne pas utiliser de couleurs, mais une gradation de noir et de gris.

¹ Le fichier de style francisé pour EndNote est accessible gratuitement, mais que le logiciel EndNote en tant que tel doit être acheté, sauf pour les personnes affiliées à un établissement possédant une licence institutionnelle. Pour davantage d'informations sur le logiciel Endnote : <http://www.bib.umontreal.ca/LGB/EndNote/styles-bibliographiques.htm>