



## Mot de présentation

### **Didier Jutras-Aswad et Chantal Robillard**

La littérature portant sur la consommation de substances psychoactives est souvent centrée sur le point de vue et la problématique de l'utilisateur. Généralement, la compréhension du phénomène de la consommation est inspirée d'une vision orientée vers l'utilisation pathologique de l'alcool et des drogues et les données émanent de services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie. Dans la lignée de ce qu'est l'essence même de *Drogues, santé et société*, le présent numéro contient une série d'articles qui rend compte d'autres points de vue que celui de l'utilisateur problématique faisant une demande d'aide dans une ressource spécialisée en dépendance. Que ce soit sous l'angle de populations spécifiques comme les adolescents innus ou les personnes souffrant d'autres problèmes de santé, des patients qui consultent les services de première ligne, du réseau social ou de la personne qui ne reconnaît pas sa toxicomanie, les articles proposés permettent d'élargir notre conceptualisation de la consommation de substances et des enjeux qui y sont associés.

Dans le premier article du numéro, Tétreault et Courtois présentent les résultats d'une étude menée auprès de personnes vivant avec une lésion médullaire. Les auteurs font dans un premier temps le portrait de la consommation de substances psychoactives dans cette population spécifique, puis rapportent des données sur l'évolution de cette consommation avant, pendant et après la réadaptation en lien avec la blessure. La richesse de cette étude provient notamment de la possibilité d'observer l'évolution de la consommation tout au long de ce processus de réadaptation. Les auteurs identifient ainsi une recrudescence de consommation d'alcool dans la période de retour à domicile, après une période de consommation plus modérée pendant la phase active de réadaptation. D'autre part, la consommation de drogues ne semble pas changer tout au long du processus de réadaptation, ni par la suite. Les résultats de l'étude identifient aussi certains phénomènes méritant de faire l'objet d'une attention particulière, tant sur le plan de l'intervention que de la recherche. Ces résultats soulignent également la pertinence de s'intéresser à la consommation chez les personnes utilisant les services de santé.

Dans cette lignée, Maynard et ses collègues s'intéressent au défi de la mise en œuvre des services de repérage, détection, interventions brèves et orientation (RDIBO) à l'intention des patients ayant un problème de dépendance dans les services de santé de première ligne. L'article tente de cerner l'expérience des intervenants de première ligne ayant suivi les ateliers de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) visant à mettre en œuvre le programme-services Dépendances.

## Mot de présentation

Par l'intermédiaire de discussions focalisées et de questionnaires, les auteurs mettent en évidence des phénomènes à la fois surprenants et fort informatifs. Si la formation permet d'améliorer la connaissance théorique des participants sur la dépendance, elle s'avère peu utile pour mener à des changements concrets dans leur pratique clinique. Les auteurs viennent ainsi identifier un obstacle important à la mise en œuvre des services de RDIBO, jetant un regard critique sur ce type de formation. Ce point de vue controversé pourra sans aucun doute alimenter les réflexions et les discussions sur les stratégies optimales à adopter pour améliorer l'accès aux services de première ligne aux personnes nécessitant des interventions en dépendance.

Dans le troisième article, Menecier et ses collègues s'intéressent au déni de la personne dépendante à l'alcool. Phénomène à la fois supposément répandu et peu connu, le déni est revisité, exploré et considéré sous toutes ses formes par les auteurs. Utilisant des points de vue et des théories variées, ceux-ci empruntent aux domaines psychodynamiques, neurobiologiques et des sciences cognitives pour élaborer une vision du déni à la fois éclatée et très humaine. Loin de jeter la pierre à la personne qui boit, l'article permet non seulement d'approfondir le concept de déni, mais aussi d'en expliquer les limites et les dérives potentielles. Les auteurs mettent la touche finale à ce tableau complexe en prenant bien soin de ne pas omettre la contribution parfois significative de l'intervenant, ce dernier étant parfois au centre même de la genèse du déni chez le buveur.

L'article de Demers-Lessard et de ses collègues explore pour sa part le rôle du réseau social sur le processus de demande d'aide et la persévérance en traitement des adolescents bénéficiant de services spécialisés en dépendance. Les auteurs avancent des propos nuancés quant à l'influence du réseau social informel composé de parents et d'amis. Il leur semble indéniable que ce réseau doit s'intégrer à la démarche thérapeutique, puisqu'il répond à des besoins complémentaires à ceux abordés par le réseau formel. Cependant, une éducation ou sensibilisation des proches leur semble nécessaire afin de maintenir les acquis et l'engagement au traitement chez le jeune. Une approche plus systémique qui coordonne l'apport du réseau de soutien formel et celui du réseau informel permettrait de construire autour du jeune un filet de sûreté pouvant l'aider à cheminer dans son processus thérapeutique.

Finalement, Cotton, Laventure et Joly présentent une description des adaptations culturelles du programme de prévention en dépendance universel, *Système d*, pour les enfants autochtones innus. Les auteurs soulignent le manque de ressources adaptées dans le domaine des dépendances pour les Autochtones vivant dans des communautés. Afin de faciliter l'implantation et l'atteinte des objectifs du programme, des adaptations ont été apportées sur le plan de la durée des activités et des approches didactiques utilisées pour présenter des concepts complexes. Des exemples et concepts significatifs pour la culture autochtone ont aussi été ajoutés. Ces adaptations viennent répondre aux besoins spécifiques du groupe d'âge visé, ainsi qu'aux caractéristiques et aux valeurs promues dans les écoles et la communauté ciblée. Les auteurs recommandent toutefois de poursuivre les adaptations culturelles afin de s'assurer que le programme réponde bien à l'ensemble des réalités scolaires innues.

L'ensemble de ces articles illustre combien les enjeux associés à la consommation de substances vont bien au-delà de la drogue même pour insérer l'expérience subjective du consommateur dans un réseau social et un contexte culturel plus large, la toxicomanie dans un ensemble complexe de problèmes de santé, et le parcours thérapeutique dans des chocs organisationnels et thérapeutiques. Ces textes soulignent ainsi l'importance d'adapter les interventions en dépendance à la diversité des expériences subjectives, des trajectoires de consommation et profils médicaux, et des contextes socioculturels et organisationnels.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

# Trajectoires de l'usage de substances psychoactives chez les personnes lésées médullaires

**Myriane Tétrault**, M.Sc. criminologie, Ph.D./Psy.D

**Frédérique Courtois**, Ph.D.

## Correspondance :

Myriane Tétrault

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

1930, rue King Ouest, Sherbrooke (Québec) J1J 2E2 Canada

Tél. : 819 542-2777, poste 55139

Courriel : [mtetrault.crde@ssss.gouv.qc.ca](mailto:mtetrault.crde@ssss.gouv.qc.ca)

### Résumé

Certains groupes sociaux afficheraient une plus forte prévalence de consommation de substances psychoactives que la population générale, comme c'est le cas pour les personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière. Le premier objectif de cet article est d'évaluer la prévalence d'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes chez les personnes lésées médullaires en fonction du type de consommateurs. Le second objectif est d'évaluer l'évolution de l'usage selon les périodes précédant la lésion, de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile. Un échantillon de 85 adultes avec une lésion à la moelle épinière présentement au retour à domicile a été interviewé entre 2007 et 2008 à l'aide de la grille de dépistage/évaluation du besoin d'aide-Alcool et Drogues. Les résultats montrent que le nombre de consommateurs à haut risque d'alcool diminue de manière significative de la période précédant la lésion médullaire à celle du retour à domicile. Les résultats ne se sont pas avérés significatifs pour la consommation de drogues et de médicaments sédatifs. Les résultats sur la consommation réduite de SPA durant la période de réadaptation fonctionnelle soulèvent la nécessité de motiver les institutions à rester vigilantes sur la consommation de leurs bénéficiaires LM et les médecins sur leurs prescriptions de médicaments.

**Mots-clés :** Lésion médullaire, troubles liés à l'utilisation d'une substance (TUS), prévalences, trajectoires de consommation

### **Psychoactives substances use trajectories among individuals with spinal cord injury.**

#### Abstract

Some social groups have a higher prevalence of psychoactive substance use than general population like persons with spinal cord injury. The first objective is to evaluate the prevalence of alcohol, illicit drugs and psychotropic drugs use in persons with spinal cord injury (SCI) according to types of consumers. The second objective is to evaluate the evolution of the use according to the periods before injury, active rehabilitation and return home. A sample of 85 adults with spinal cord injury currently at home were interviewed between 2007 and 2008 using the Assessment and Screening of Assistance Needs-Alcohol and Drugs. The results show that the number of high-risk consumers of alcohol significantly decreases when period of return home was compare to before injury. The results were not significant for the consumption of illicit drugs and sedative drugs. The results in reduced consumption of SPA in active rehabilitation period raises the need to motivate institutions to remain vigilant in regards with the consumption of SCI persons and physicians on their psychotropic drugs prescriptions.

**Keywords:** Spinal Cord Injury, Substance use disorders, Prevalence, Consumer Trajectories

## **Trayectorias de uso de sustancias psicoactivas entre las personas con lesiones medulares**

### **Resumen**

Ciertos grupos sociales presentarían una prevalencia mas fuerte de consumo de sustancias psicoactivas que la población en general, como es el caso de las personas que han sufrido una lesión en la médula espinal. El primer objetivo de este artículo es el de evaluar la prevalencia del uso de alcohol, de drogas ilícitas y de medicamentos psicotrópicos entre las personas con lesiones medulares en función de los tipos de consumidores. El segundo objetivo es el de evaluar la evolución del uso según los períodos precedentes a la lesión, de readaptación funcional y de regreso al domicilio. Entre 2007 y 2008 se entrevistó a una muestra de 85 adultos con lesiones en la médula espinal actualmente de regreso en su domicilio, mediante una grilla de detección y evaluación de la necesidad de ayuda-Alcohol y Drogas. Los resultados muestran que la cantidad de consumidores que presentan alto riesgo por el alcohol disminuye de manera significativa entre el período precedente a la lesión medular y el regreso al domicilio. Los resultados no fueron significativos en lo que respecta al consumo de drogas y de medicamentos sedantes. Los resultados sobre el consumo reducido de sustancias psicoactivas durante el período de readaptación funcional sugieren la necesidad de motivar a las instituciones a permanecer vigilantes con respecto al consumo de sus beneficiarios con lesiones medulares y a los médicos con sus prescripciones de medicamentos.

**Palabras clave:** lesión medular, problemas ligados al uso de una sustancia, prevalencias, trayectorias de consumo.

### Introduction

Les troubles liés à l'utilisation d'une substance font partie de la réalité de nombreuses personnes et peuvent engendrer des impacts considérables sur le plan physique, psychologique, social et même financier. La documentation scientifique dans le domaine suggère que certains groupes affichent une plus forte prévalence de consommation de substances psychoactives<sup>[1]</sup> (SPA) que la population générale, comme c'est le cas pour les personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière (Healy, 1993 ; Heinemann, 1993 ; Heinemann, Goranson, Ginsburg et Schnoll, 1989b ; Heinemann, Marmott et Schnoll, 1990 ; Kircus et Brillhart, 1990 ; Kolakowsky-Hayner et al., 2002 ; Kolakowsky-Hayner et al., 1999 ; McKinley, Kolakowsky et Kreutzer, 1999 ; Meyers, Branch et Lederman, 1988 ; Young, Rintala, Rossi, Hart et Fuhrer, 1995). L'usage de SPA chez les personnes vivant avec une lésion médullaire (LM) semblerait présent autant durant la période précédant la lésion médullaire, lors de l'événement traumatique ayant causé la lésion, que lors de la période de réadaptation active<sup>[2]</sup>. Or, aucune étude n'avait tenté d'explorer à la fois l'usage d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes au cours de ces trois périodes chez les personnes lésées médullaires et les types de consommateurs présentés dans les études portaient parfois à confusion. Ainsi, l'objectif de cet article sera d'identifier la prévalence et la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes chez des personnes ayant une lésion à la moelle épinière en fonction de divers types de consommateurs et diverses phases de réadaptation.

### Prévalence de la consommation de SPA chez les personnes ayant une lésion à la moelle épinière

Selon la littérature scientifique, entre 25% et 96% des personnes LM présenteraient une histoire de consommation d'alcool durant la période précédant le traumatisme médullaire (Babor, 1993 ; Bombardier et Rimmele, 1998 ; Frisbie et Tun, 1984 ; Heinemann, Doll et Schnoll, 1989a ; Heinemann, Marmott et Schnoll, 1990 ; Heinemann, Schnoll, Brandt, Maltz et Keen, 1988 ; Kolakowsky-Hayner et al., 1999 ; O'Donnell, Cooper, Gressner, Shehan et Ashley, 1981 ; Stroud, Bombardier, Dyer, Rimmele et Esselman, 2011 ; Tate, 1993 ; Young, Rintala, Rossi, Hart et Fuhrer, 1995). Ce taux se situerait à 35% pour les drogues illicites (Kolakowsky-Hayner et al., 1999). Au moment de l'accident, entre 35% et 50% des individus LM auraient été intoxiqués par l'alcool (Bombardier et Rimmele, 1998 ; Frisbie et Tun, 1984 ; Fullerton, Harvey, Klein et Howell, 1981 ; Garrison, Clifford, Gleason, Tun, Brown et Garshick, 2004 ; Heinemann, Goranson, Ginsburg et Schnoll, 1989b ; Heinemann, Marmott et Schnoll, 1990 ; Heinemann, Schnoll, Brant, Maltz et Keen, 1988 ; Higgins-Biddle, Hungerford et Cates-Wessel, 2009 ; Kiwerski et Krauski, 1992 ; McKinley, Kolakowsky et Kreutzer, 1999), 16% à 33% auraient été intoxiqués par des drogues illicites (Heinemann, Goranson, Ginsburg et Schnoll, 1989 b ; Heinemann, Marmott et Schnoll, 1990 ; McKinley, Kolakowsky et Kreutzer, 1999 ; O'Donnell, Cooper, Gressner, Shehan et Ashley, 1981 ; Young, Rintala, Rossi, Hart et Fuhrer, 1995) et 26% auraient été intoxiqués à la fois par l'alcool et des drogues illicites (McKinley, Kolakowsky et Kreutzer, 1999). Parmi les individus qui affichaient une consommation avant leur lésion, plusieurs auraient diminué leur consommation à court terme (Heinemann, 1993 ; Kolakowsky-Hayner et al., 2002 ; Moore et Li, 1994) incluant jusqu'à 50% des personnes durant la phase de réadaptation active (Heinemann, 1993 ; Kolakowsky-Hayner et al., 2002).

<sup>1</sup> Les substances psychoactives sont des produits qui agissent sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Elles regroupent l'alcool, les drogues illicites de même que les médicaments psychothérapeutiques. Ces substances peuvent entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et certaines fonctions psychologiques. Plusieurs manifestations physiques peuvent aussi s'ajouter (Ben Amar et Léonard, 2002).

<sup>2</sup> Cette période se retrouve entre l'hospitalisation et le retour à domicile de façon permanente.

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

La survenue du traumatisme peut toutefois être un moment chez certains pour réduire leur niveau de consommation à court terme, le temps pour eux de s'adapter à la lésion et leur réadaptation (Heinemann, 1993 ; Kolakowsky-Hayner et al., 2002 ; Moore et Li, 1994). Cette diminution, qui semble adaptative en phase de réadaptation, pourrait cependant mener vers une reprise de la consommation lors du retour à domicile (Heinemann, 1993). Ainsi, selon l'hypothèse de Heinemann (1993), les personnes ayant fait un usage abusif ou dépendant de SPA avant leur lésion étaient vues comme susceptibles de retrouver un même niveau de consommation au retour à domicile. Cette hypothèse n'a toutefois pas été explorée dans la recension des écrits. Les individus qui s'initient aux SPA à la suite de leur lésion semblent représenter un plus faible pourcentage puisque environ 6% des personnes LM débuteraient un usage d'alcool à la suite du traumatisme (Heinemann, Goranson, Ginsburg et Schnoll, 1989b) et seul 4,2% s'initieraient aux drogues illicites (Kolakowsky-Hayner et al., 2002).

Ces résultats, comparés à ceux de la population générale, rendent compte d'une plus forte prévalence de la consommation auprès des personnes ayant une lésion à la moelle épinière. En effet, selon l'*Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues* de 2012 (Santé Canada, 2013), 79,3% des Canadiens de 25 ans et plus auraient consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête et 9,5% en faisaient un usage pouvant engendrer des risques à court terme. Quant aux drogues illicites, 6,7% avaient fait usage de cannabis dans l'année précédant l'enquête. Toutefois, il peut s'avérer difficile de comparer ces résultats à ceux obtenus dans la littérature auprès des personnes LM en raison des variations quant aux types de consommateurs (abusifs, dépendants, à risque, usage problématique), le sexe et l'âge des participants.

À ces chiffres sur l'alcool et les drogues illicites s'ajoutent les troubles liés à l'utilisation de médicaments psychotropes prescrits. L'étude de Kirubakaran, Kumar, Powell et Tyler (1986) montre que 42% des individus LM feraient usage d'un à deux médicaments quotidiennement et 6,5% à plus de cinq médicaments par jour. Toutefois, cette étude ne rend pas compte du nombre de personnes LM ayant développé un usage abusif ou dépendant à ces médicaments. Par ailleurs, Heinemann (1993) mentionne que 43% de son échantillon de 92 individus LM utiliseraient des médicaments psychotropes prescrits et que 24% feraient un abus d'un ou plusieurs de ces médicaments. Dans la population générale, l'*Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues* de 2012 (Santé Canada, 2013), montrait que 23,9% des Canadiens âgés de 25 ans et plus avaient fait usage d'un médicament psychotrope dans l'année précédant l'enquête et que 1,9% en faisaient un usage abusif. La prévalence de l'usage et de l'abus de médicaments psychotropes prescrits serait donc également plus élevée chez les personnes LM.

### Problématique et objectifs

Les résultats des études dans le domaine n'utilisent pas tous les mêmes termes afin de définir l'usage de SPA (usage, problématique, abus, dépendance, à risque) ce qui pourrait avoir un impact sur les variations observées et rendre plus difficile la comparaison entre les différentes études. De plus, peu d'études ont exploré à la fois l'usage d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes avant le traumatisme et lors de la réadaptation fonctionnelle, et aucune n'a tenté d'explorer l'évolution de la consommation lors du retour à domicile, période qui présente pourtant de nouvelles contraintes et de nouveaux stressors susceptibles d'engendrer des comportements à risque. Or, les problèmes médicaux engendrés par la consommation augmentent les durées des hospitalisations et réduisent l'efficacité de la réadaptation (Bombardier, Stroud, Esselman et Rimmel, 2004 ; Heinemann, 1993 ; Heinemann, Goranson, Ginsburg et Schnoll, 1989b ; O'Donnell, Cooper, Gressner, Shehan et Ashley, 1981). Ils augmentent également les risques d'un second traumatisme (Krause, 2004), ce qui perpétue le cycle des conséquences néfastes de la consommation.

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

Compte tenu des limites observées dans la littérature, l'objectif de l'étude est d'identifier la prévalence et la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes chez des personnes ayant une lésion à la moelle épinière en fonction de divers types de consommateurs et de diverses phases de réadaptation. L'hypothèse avancée, issue de la recension des écrits, et conforme à la pensée de Heinemann (1993), suggère que les personnes ayant fait un usage à haut risque de SPA avant la lésion médullaire, traverseraient une phase d'abstinence ou de réduction de leur consommation durant la période de réadaptation fonctionnelle, pour ensuite l'augmenter lors du retour à domicile.

### Méthodologie

#### Participants

L'étude s'intéresse à 85 personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière. Un total de 93 personnes ont été sollicitées, mais huit d'entre elles ont refusé de participer à l'étude en raison d'un manque d'intérêt ou de sa durée. Pour participer, les personnes devaient avoir reçu leur congé de l'hôpital et vivre à domicile, être âgées de 18 ans et plus et avoir une lésion stable depuis au moins trois mois. Elles ne devaient pas avoir de pathologie évolutive (ex. : diabète ou sclérose en plaques), de traumatisme crânien, de trouble psychiatrique sévère ou de retard intellectuel.

Les participants provenaient de divers centres de réadaptation québécois dont l'Institut de réadaptation Gingras Lindsay de Montréal (IRGLM) (n=15; 17,6%), le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) (n=35; 41,2%)<sup>3</sup>, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) (n=25; 29,4%) et le Centre montérégien de réadaptation (CMR) (n=10; 11,8%). La majorité des participants étaient des hommes (n= 65; 76,5%). L'âge moyen était de 44,4 ans (é.t.=14,2 ans). Les principales causes de lésion étaient les accidents de la route (35,8%) et les chutes (21%). Les délais depuis la lésion médullaire s'étendaient entre 1 et 5 ans chez la moitié des participants (54,8%) et environ le cinquième des participants avait vécu leur lésion depuis plus de 11 ans (19%).

#### Instruments de mesure

L'outil de dépistage/évaluation du besoin d'aide-Alcool et Drogues (DÉBA-A/D) (Tremblay, Rouillard, April et Sirois, 2001) est composé de deux grilles, l'une pour la consommation d'alcool et l'autre pour les drogues illicites et les médicaments sédatifs. Chaque grille permet de détecter divers types de consommateurs en considérant l'année précédant sa passation. Selon les résultats au DEBA A et D, un consommateur peut aussi être classifié comme abstinent, à faible risque, à risque, problématique, abusif ou dépendant. Selon la cotation de la grille, une personne abstinent n'a pas consommé de substance au cours de la dernière année. Une personne à faible risque fait usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui n'engendrent pas de problèmes physiques, psychologiques, judiciaires ou sociaux. Une personne à risque fait l'usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui augmentent de façon significative la probabilité d'apparition de problèmes physiques, psychologiques, judiciaires ou sociaux. À noter qu'une personne à risque peut ne pas vivre de problèmes concrets liés à sa consommation, même si les risques d'en développer s'accroissent. Une personne ayant un usage problématique fait usage d'une substance selon une quantité et une fréquence qui engendrent des problèmes concrets. Toutefois, l'intensité et la fréquence des problèmes vécus ne

---

<sup>3</sup> Depuis le 1 avril 2015, les établissements IRGLM et CRLB font partie du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'IRDPO fait partie du CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CMR, du Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest.



sont pas aussi importantes qu'une consommation abusive ou dépendante. Une personne présentant un abus de substance est incapable de remplir ses obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison en raison de l'utilisation répétée de la substance et parfois dans des situations potentiellement dangereuses. Cet usage peut aussi engendrer des problèmes judiciaires et sociaux. Finalement, une personne présentant une dépendance consomme une substance en quantité importante et pendant une période prolongée, a des symptômes de sevrage et de tolérance, a le désir persistant de diminuer ou contrôler sa consommation, mais sans succès, passe beaucoup de temps à tenter d'obtenir la substance, la consommer ou récupérer de ses effets et a cessé ou réduit ses activités sociales, professionnelles ou de loisir en raison de sa consommation. Les grilles DEBA A et D ont été adaptées pour évaluer la consommation avant la lésion, lors de la période de réadaptation fonctionnelle et lors de la période du retour à domicile. Pour noter un diagnostic d'abus ou de dépendance, les problèmes liés à la consommation devaient survenir de manière répétée sur une période de 12 mois. Sachant que la période de réadaptation fonctionnelle ou de retour à domicile pouvait être de moins de 12 mois, un abus ou une dépendance pouvait parfois être noté même si la période considérée était de moins de 12 mois.

La grille DEBA-A est composée du questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool et de l'échelle des conséquences de l'alcool, alors que la grille DEBA-D est composée de l'échelle de la sévérité de la dépendance et de l'échelle des conséquences de la consommation de drogues. Ces questionnaires ont été soumis à des évaluations psychométriques et montrent des résultats valides et fiables. Ainsi, la cohérence interne du Questionnaire bref de dépendance à l'alcool est de 0,87 (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983). La fidélité test-retest est adéquate avec des coefficients de 0,90 pour un intervalle d'une semaine (Jorge et Masur, 1985) et de 0,87 pour un intervalle de 19 à 40 jours (McMurrin et Hollin, 1989). Un indice de validité de convergence de  $r=0,83$  a été obtenu avec le *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (Davidson et Raistrick, 1986). L'*Échelle de la sévérité de la dépendance* affiche, quant à elle, des indices de cohérence interne variant entre 0,72 (Swift, Hall, Dittcott et Reiley, 1998) et 0,90 (Gossop et al., 1995). La fidélité test-retest est adéquate avec un coefficient de 0,89 pour un intervalle d'un jour (Gossop, Best, Marsden et Strang, 1997). Un indice de validité de convergence de  $r=0,27$  a été obtenu avec le *Severity of Amphetamine Dependence Questionnaire* (Churchill, Burgess, Peard et Gill, 1993).

Des données étaient aussi obtenues à partir du dossier médical des participants pour vérifier leur lésion, de même que le type et le nombre de médicaments prescrits, plus particulièrement les médicaments psychotropes pouvant être à potentiel d'abus. Comme le questionnaire DEBA A/D ne tient compte que des médicaments sédatifs, les informations contenues au dossier concernant la prescription d'autres médicaments psychotropes étaient relevées pour rendre compte de la prévalence de ces médicaments, de leurs interactions possibles et pour discuter de leurs risques d'abus.

### Déroulement des activités

Les participants étaient tous de retour à domicile et invités à rencontrer un membre de l'équipe de recherche à l'institut de réadaptation de leur choix (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ou Centre montérégien de réadaptation aux points de services de St-Hubert et de St-Hyacinthe), à l'Université du Québec à Montréal ou à leur domicile, dans un endroit assurant la confidentialité de leurs réponses<sup>4</sup>. Les entrevues ont été effectuées entre avril 2007 et octobre 2008 et pouvaient

---

<sup>4</sup> Avant de rencontrer les participants, le projet de recherche a été soumis aux comités d'éthique à la recherche de l'Institut de réadaptation de Montréal, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et du Centre montérégien de réadaptation. Les trois comités d'éthique ont approuvé le projet.

être réalisées en face à face ou par téléphone pour les participants de régions éloignées et ceux qui préféraient cette modalité pour éviter des déplacements. Dans ce cas, le formulaire de consentement était expédié par la poste dans une enveloppe préaffranchie et les participants étaient invités à le signer et le retourner à l'adresse indiquée.

### Analyse des données

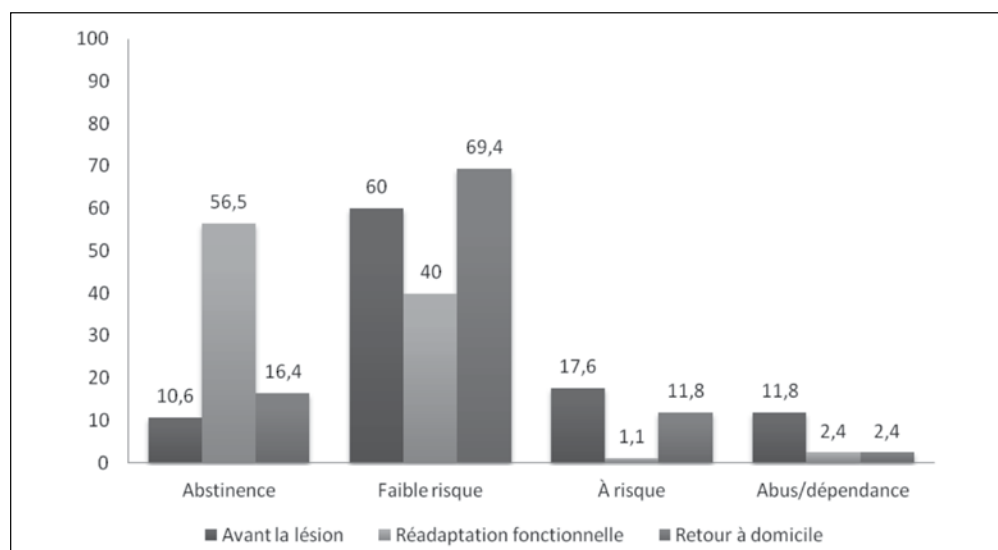
Des analyses descriptives ont d'abord été effectuées afin de rendre compte de la prévalence de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments pour la période précédant la lésion médullaire, la période de réadaptation fonctionnelle et celle du retour à domicile. Par la suite, un test non paramétrique Q de Cochran, utilisé compte tenu de la variable dichotomique répétée, a été fait afin de vérifier l'évolution de la consommation pour l'ensemble des consommateurs et des périodes de réadaptation. Lors de résultats significatifs, des tests non paramétriques de McNemar ont été effectués afin de comparer la trajectoire des consommateurs de SPA à travers les périodes de réadaptation. Ces analyses ont permis de rendre compte du maintien, de l'augmentation ou de la diminution de la consommation de SPA d'une période de réadaptation à l'autre. À noter que les effectifs restreints pour certains types de consommateurs nous ont obligé à regrouper les participants selon deux groupes de consommateurs, un premier classifié comme étant à faible risque (abstinents, faible risque) et un second, classifié comme étant à haut risque (à risque, problématique, abusif et dépendant).

### Résultats

#### *Prévalence de la consommation d'alcool durant la période précédant la lésion médullaire*

Au cours des 12 mois précédant la lésion médullaire, 89,4% (n=76) des personnes LM avaient consommé des boissons alcoolisées. Conformément aux critères du DÉBA-A, 10,6% (n=9) des individus LM étaient abstinents à l'alcool, 60,0% (n=51) étaient des consommateurs à faible risque, 17,6% (n=15) des consommateurs à risque et 11,8% (n=10) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants (figure 1).

**Figure 1 : Fréquence de la consommation d'alcool chez les personnes lésées médullaire, selon le type de consommateurs et la période de réadaptation.**



## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

### **Prévalence de la consommation d'alcool pendant la période de réadaptation fonctionnelle**

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 43,5% (n=37) des personnes LM avaient consommé des boissons alcoolisées. Sur la base des critères du DEBA-A, 56,5% (n=48) des participants étaient considérés comme abstinentes, 40,0% (n=34) comme des consommateurs à faible risque, 1,1% (n=1) comme des consommateurs à risque et 2,4% (n=2) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants (figure 1).

### **Prévalence de la consommation d'alcool à la période du retour à domicile**

Les résultats montrent que, lors de la période du retour à domicile, 83,5% (n=71) des personnes LM avaient fait usage de boissons alcoolisées. Sur la base des critères du DEBA-A, 16,4% (n=14) des participants étaient ainsi considérés comme abstinentes, 69,4% (n=59) comme des consommateurs à faible risque, 11,8% (n=10) comme des consommateurs à risque et 2,4% (n=2) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la dernière année depuis le retour à domicile (figure 1).

### **Trajectoire de la consommation d'alcool**

Un test non paramétrique Q de Cochran, utilisé compte tenu de la variable catégorielle répétée, a d'abord été utilisé afin de vérifier l'évolution de la consommation pour l'ensemble des consommateurs et des périodes de réadaptation. Ce test s'est avéré significatif (Q Cochran : 27,19 ; p<0,001) indiquant que le nombre de consommateurs d'alcool à faible risque augmente de la période précédant la lésion médullaire (n=60) à celle du retour à domicile (n=73). Inversement, le nombre de consommateurs à haut risque diminue de la période précédant la lésion médullaire (n=25) à celle du retour à domicile (n=12).

Trois analyses de McNemar ont aussi été effectuées pour comparer la trajectoire des consommateurs d'alcool (1) de la période précédant la lésion médullaire à celle de réadaptation fonctionnelle, (2) de la période de réadaptation fonctionnelle à celle du retour à domicile et (3) de la période du retour à domicile à la période précédant la lésion médullaire. Le tableau 1 rend compte de ces analyses dont la première révèle des résultats significatifs (test McNemar=7,5 ; p<0,001), indiquant que les individus ont diminué de façon significative leur consommation d'alcool durant la période de réadaptation fonctionnelle comparativement à la période précédant lésion médullaire.

**Tableau 1 : Liens entre les périodes de réadaptation et les types de consommateurs d'alcool**

	Réadaptation fonctionnelle				Retour domicile		
	(McNemar = 7,5; p<0,001)				(McNemar = 0,95; p<0,05)		
Avant lésion	Faible risque	Haut risque	Total	Réadaptation fonctionnelle	Faible risque	Haut risque	Total
Faible risque	60 (70,6%)	0 (0,0%)	60 (70,6%)	Faible risque	71 (83,6%)	11 (12,9%)	82 (96,5%)
Haut risque	22 (25,9%)	3 (3,5%)	25 (29,4%)	Haut risque	2 (2,3%)	1 (1,2%)	3 (3,5%)
Total	82 (96,5%)	3 (3,5%)	85 (100%)	Total	73 (85,9%)	12 (14,1%)	85 (100%)
				Avant lésion (McNemar = 13,9; p<0,001)	Faible risque	Haut risque	Total
				Faible risque	57 (67,1%)	3 (3,5%)	60 (70,6%)
				Haut risque	16 (18,8%)	9 (10,6%)	25 (29,4%)
				Total	73 (85,9%)	12 (14,1%)	85 (100%)

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

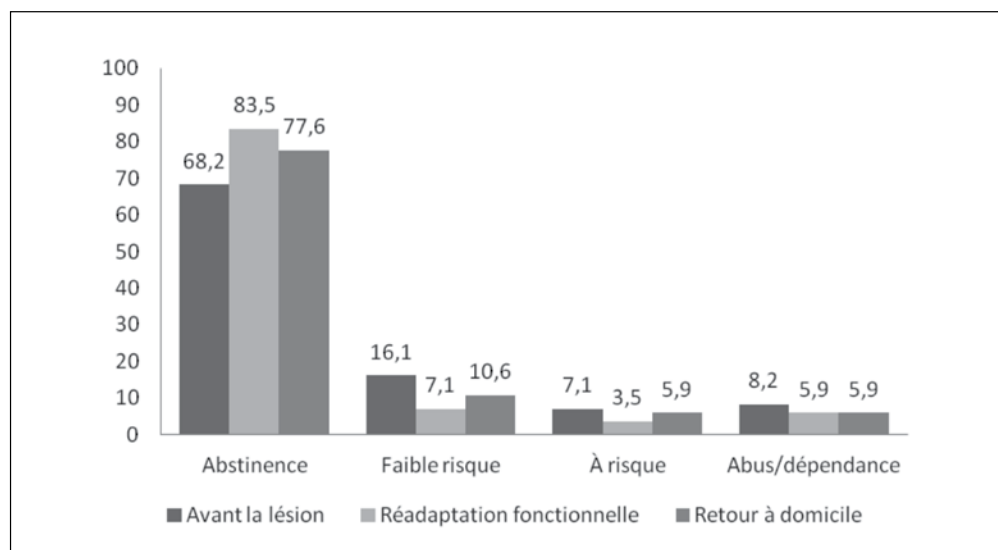
Les résultats sur la trajectoire des consommateurs d'alcool entre la période de réadaptation fonctionnelle et celle du retour à domicile montrent un lien significatif (test McNemar = 0,95;  $p < 0,05$ ) et indiquent que les individus ont augmenté de façon significative leur consommation d'alcool lors de la période du retour à domicile, lorsque comparée à la période de réadaptation fonctionnelle.

Les résultats sur la trajectoire des consommateurs d'alcool entre la période de retour à domicile et celle précédant la lésion médullaire montrent encore une fois un lien significatif (test McNemar = 13,9;  $p < 0,001$ ) et indiquent que les individus ont diminué de façon significative leur consommation d'alcool lors de la période du retour à domicile, lorsque comparée à la période précédant la lésion médullaire.

### **Prévalence de la consommation de drogues illicites durant la période précédant la lésion**

Les résultats montrent que 31,8% (n=27) des participants LM avaient fait usage d'au moins une drogue illicite dans l'année précédant leur traumatisme médullaire, majoritairement du cannabis (28,2%; n=24). Sur la base des critères du DEBA-D, 68,2% (n=58) des participants LM étaient considérés comme abstinentes, 16,5% (n=14) comme des consommateurs à faible risque, 7,1% (n=6) comme des consommateurs à risque et 8,2% (n=7) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période précédant la lésion médullaire (figure 2).

**Figure 2 : Fréquence de la consommation de drogues illicites chez les personnes lésées médullaire, selon le type de consommateurs et la période de réadaptation.**



### **Prévalence de la consommation de drogues illicites durant la période de réadaptation fonctionnelle**

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 16,5% des participants (n=14) ont déclaré avoir fait usage d'une ou plusieurs drogues illicites, dont du cannabis (16,5%; n=14). Selon les critères du DEBA-D, 83,5% (n=71) des participants LM étaient considérés comme abstinentes, 7,1% (n=6) comme des consommateurs à faible risque, 3,5% (n=3) comme des consommateurs à risque et 5,9% (n=5) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période de réadaptation fonctionnelle (figure 2).

### **Prévalence de la consommation de drogues illicites au retour à domicile**

Dans la dernière année de leur retour à domicile, 22,3% (n=19) des personnes LM avaient fait usage d'au moins une drogue illicite dont le cannabis (18,8% ; n=16). Selon les critères du DEBA-D, 77,6% (n=66) des participants LM étaient considérés comme abstinents, 10,6% (n=9) comme des consommateurs à faible risque, 5,9% (n=5) comme des consommateurs à risque et 5,9% (n=5) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants lors de la période de la dernière année depuis le retour à domicile (figure 2).

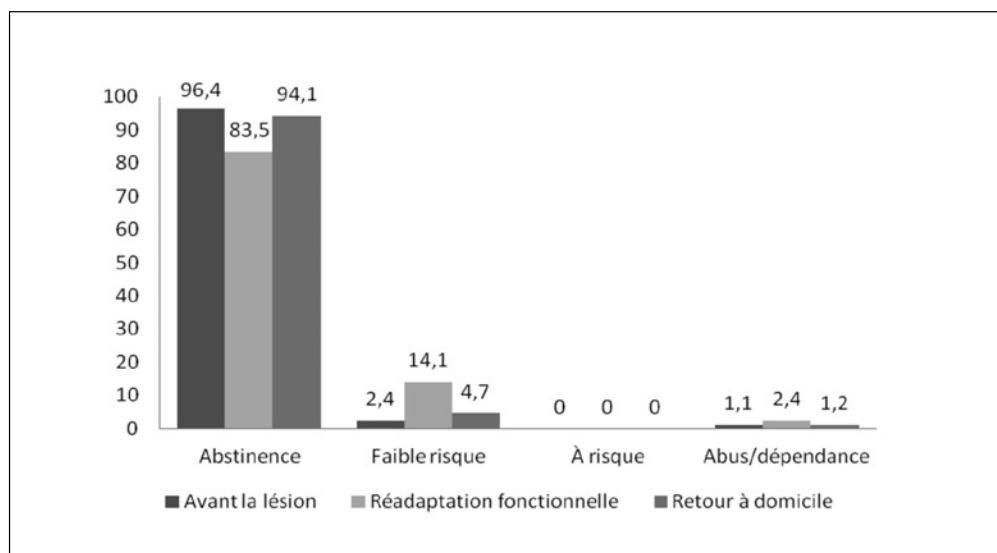
### **Trajectoire de la consommation de drogues illicites**

Les résultats indiquent que le nombre de consommateurs à faible ou à haut risque change peu de la période précédant la lésion médullaire à celle du retour à domicile, ce qui est confirmé par l'analyse de Cochran qui donne un résultat non significatif (Q Cochran : 2,71 ; p>0,05). En raison de ce test non significatif, aucun test a posteriori de McNemar ne pouvait être réalisé.

### **Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs durant la période précédant la lésion (selon le DEBA-D).**

Au cours des 12 mois précédant la lésion médullaire, 3,5% (n=3) des personnes LM mentionnaient avoir fait usage de médicaments sédatifs. Sur la base des critères du DEBA-D, 96,4% (n=82) des individus LM étaient considérés comme abstinents, 2,4% (n=2) comme des consommateurs à faible risque et 1,1% (n=1) comme des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants (figure 3).

**Figure 3 : Fréquence de la consommation de médicaments sédatifs chez les personnes lésées médullaire, selon le type de consommateurs et la période de réadaptation.**



### ***Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs pendant la période de réadaptation fonctionnelle (selon le DEBA-D)***

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 16,5% (n=14) des personnes LM avaient fait usage d'une médication sédatrice. Selon le DEBA-D, 83,5% (n=71) des personnes LM étaient ainsi considérées comme abstinentes, 14,1% (n=12) comme des consommateurs à faible risque et 2,4% (n=2) comme des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants (figure 3).

### ***Prévalence de la consommation de médicaments sédatifs lors de la période du retour à domicile (Selon le DEBA-D)***

Lors de la dernière année depuis leur retour à domicile, 5,9% (n=5) des personnes LM avaient fait usage de médicaments sédatifs. Sur la base des critères du DEBA-D, 94,1% (n=80) des personnes LM étaient ainsi considérées comme abstinentes, 4,7% (n=4) comme des consommateurs à faible risque et 1,2% (n=1) étaient des consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants (figure 3).

### ***Trajectoire de la consommation de médicaments sédatifs***

L'usage du test non paramétrique Q de Cochran et du test non paramétrique de McNemar a été impossible en raison du faible nombre de consommateurs à haut risque.

### **Médicaments prescrits et inscrits au dossier des participants**

Lors de la période de réadaptation fonctionnelle, 95,3% (n=81) des personnes LM avaient au moins une prescription de médicaments (toutes prescriptions confondues). Ainsi, 37,6% (n=32) des participants LM avaient reçu une prescription de sédatifs, 23,5% (n=20) avaient reçu des médicaments psychothérapeutiques, 36,5% (n=30) des opiacés et 89,4% (n=76) tout autre médicament non psychotrope. Au retour à domicile, 85,9% (n=73) des personnes LM avaient reçu au moins un médicament prescrit (toutes prescriptions confondues). Ainsi, 11,8% (n=10) des participants LM avait reçu une prescription de sédatifs, 22,4% (n=19) avaient reçu une prescription de médicaments psychothérapeutiques, 24,7% (n=21) d'opiacés et 84,7% (n=72) de tout autre médicament non psychotrope.

## Discussion

Conformément à nos hypothèses initiales, les résultats montrent que la consommation d'alcool a diminué entre la période précédant la lésion médullaire et celle de réadaptation fonctionnelle. Ces résultats concordent avec ceux de la documentation scientifique (Heinemann, 1993; Kolakowsky-Hayner et al., 2002; Moore et Li, 1994) qui montrent une diminution de près de 50% et suggèrent que les milieux de réadaptation, de même que l'adaptation à la condition physique peuvent être des facteurs réduisant les occasions de maintenir un usage à haut risque d'alcool durant la période de réadaptation. Conformément à l'hypothèse initiale, les résultats montrent une augmentation significative de la consommation d'alcool lors de la dernière année du retour à domicile. Cette augmentation, qui n'avait jamais été révélée par les études antérieures, justifie la poursuite d'investigations et d'interventions axées sur le retour à domicile pour offrir des services adéquats et accessibles en centres de dépendance. La documentation scientifique rend compte de divers facteurs pouvant influencer la consommation à risque de SPA chez les personnes LM. Ainsi, la recherche de sensations fortes (Alston, 1994), le manque de contrôle sur soi (Moore et Polsgrove, 1991), un état dépressif posttraumatique (Heinemann, Doll et Schnoll, 1989a; Zatzick et al., 2008),

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

la frustration et l'anxiété (Trieschmann, 1988; Young, Rintala, Rossi, Hart et Fuhrer, 1995), une faible capacité d'adaptation (Smedema et Ebener, 2010), l'attitude des pairs, de la famille et des professionnels de la santé face au traumatisme (Heinemann, Schnoll, Brandt, Maltz et Keen, 1988; Radnitz et Tirch, 1995) de même que la douleur (Kolakowski-Hayner et al., 2002; Mask, 1993) sont tous des facteurs pouvant reliés à une consommation à risque suite à la lésion. Le chapitre du livre de Tétrault et Courtois (2015) concernant les facteurs de risque de consommation d'alcool, de drogues et de médicaments sédatifs chez les personnes lésées médullaires lors des périodes de réadaptation fonctionnelle et de retour à domicile est aussi fort intéressant à ce sujet.

Malgré ces résultats plutôt sombres en ce qui a trait à la consommation à haut risque de SPA au retour à domicile, les données de la présente étude montrent que la reprise de consommation à risque d'alcool reste inférieure à celle de la période précédant la lésion médullaire. Ces résultats encourageants portent à croire que la lésion médullaire peut mener à une prise de conscience et engendrer des changements de comportements liés à la consommation d'alcool chez les individus LM. Le même constat n'a pas pu être noté pour la consommation à haut risque de drogues et de médicaments sédatifs au retour à domicile, notamment en raison du faible nombre de participants faisant usage de ce type de substances. Ces résultats non significatifs restent néanmoins de bonne augure et suggèrent que la consommation abusive de drogues ne serait pas aussi généralisée et alarmante que prévu.

Concernant l'usage de médicaments sédatifs prescrits, aucun résultat significatif n'a été observé entre les périodes de réadaptation, laissant croire en un maintien d'usage à faible risque entre les périodes étudiées. Toutefois, et tel que mentionné précédemment, les résultats s'avèrent difficilement comparables à ceux de la recension des écrits, du fait que seuls les médicaments sédatifs étaient évalués par le DEBA-D et que l'inventaire des médicaments psychotropes prescrits et inscrits au dossier des participants ne permettait pas de connaître la présence d'abus ou de dépendance. Bien qu'aucune différence significative n'ait été observée, il demeure important de noter que l'accessibilité aux médicaments psychotropes peut augmenter les risques d'abus. Si les médicaments sont généralement dispensés par les infirmières durant la période de réadaptation, ce qui réduit les risques d'abus, la gestion personnelle des médicaments au retour à domicile peut accentuer les risques d'abus chez l'individu LM. Qui plus est, le nombre de médicaments psychotropes prescrits, de même que leurs interactions sont à prendre en considération dans les risques associés au développement d'un usage abusif ou dépendant de SPA. Il demeure ainsi important pour les médecins de rester vigilants quant aux substances prescrites lors du retour à domicile, même si la période de réadaptation n'était associée à peu de signes d'abus. Le document rédigé par le Collège des médecins du Québec (Collège des médecins du Québec, 2009) note également l'importance d'une évaluation psychosociale et médicale des patients avant de leur prescrire des médicaments pour la douleur, l'automédication au retour à domicile pouvant être une source potentielle d'abus pour les individus à risque.

Pour les personnes LM présentant un usage à haut risque d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes, l'accès à des programmes spécialisés en dépendance pourrait être favorable dès la réadaptation afin de prévenir que la consommation devienne un mécanisme d'adaptation lors du retour à domicile. La présence d'un intervenant en toxicomanie comme membre à part entière de l'équipe multidisciplinaire en réadaptation pourrait favoriser les contacts et les échanges entre les intervenants afin d'intervenir le plus efficacement possible auprès de la clientèle, en plus de favoriser leur motivation au traitement.

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

Alors que l'intervention devient nécessaire pour les personnes LM affichant un usage à haut risque de SPA, l'ensemble de la clientèle LM devrait être informée de l'impact de la consommation, particulièrement à haut risque, de SPA sur leur réadaptation, autant physique que psychologique. La prévention est un moyen d'informer sur les répercussions de la consommation et pourrait aussi amener certaines personnes à se tourner vers d'autres modes d'adaptation à leur nouvelle condition physique que la consommation de SPA. Ces informations pourraient être données autant par le personnel médical que psychosocial. Une liste de ressources pourrait également être fournie aux personnes LM au moment de leur réadaptation afin de les aider dans une démarche de réduction des risques liés à un usage de SPA.

### Forces et limites

Les questionnaires DEBA-A et DEBA-D permettaient de considérer de manière adéquate la gravité des problèmes de consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments sédatifs, ce qui représentait une contribution significative de l'étude. Faciles à administrer et ne nécessitant qu'une formation de courte durée, ces outils suggèrent des pistes cliniques et peuvent servir d'indices constructifs lors des entretiens motivationnels, méthode largement utilisée par les centres de réadaptation en dépendance (Tremblay, Rouillard, April et Sirois, 2001). Pour ces raisons, et puisque l'étude nous a permis de rendre compte de la présence de divers types de consommateurs auprès d'un échantillon de personnes LM, il pourrait être avantageux que les intervenants des centres de réadaptation physique fassent usage de ce questionnaire comme outil de détection d'abus ou de dépendance à l'alcool, de drogues illicites et de médicaments sédatifs. En raison des diverses conséquences liées à l'abus et à la dépendance à ces substances lors du processus de réadaptation chez les personnes LM, il devient d'autant plus important que celles ayant un problème de consommation soient détectées rapidement afin de les orienter vers les services appropriés.

Le fait de solliciter plusieurs milieux de réadaptation physique et d'offrir une flexibilité aux participants pour la poursuite des entrevues (au centre de réadaptation, à l'UQAM, à domicile, au téléphone) représentait une des forces de la recherche, puisqu'ils pouvaient choisir la modalité qui leur convenait le mieux. À noter que les entrevues téléphoniques se sont avérées moins coûteuses en temps et en argent pour les personnes LM habitant dans des régions éloignées.

Une des limites de l'étude pourrait être liée au mode de recrutement, car les participants étaient sélectionnés sur une base volontaire et non aléatoire. En ce sens, certains participants à haut risque d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes prescrits pourraient avoir refusé de participer à l'étude, croyant que leur participation pourrait leur porter préjudice. Un échantillon plus élevé aurait pu permettre d'obtenir davantage de résultats significatifs, notamment pour la trajectoire de drogues illicites et de médicaments.

Puisque les participants LM devaient se trouver à domicile lors de la passation des questionnaires, il est possible qu'un biais de rappel ait été présent pour la période précédant la lésion, de même que pour celle de réadaptation fonctionnelle (nature rétrospective des entrevues pour ces périodes). De plus, les taux de prévalence rapportés ont pu être influencés par le fait que les DEBA A et D ne prenaient en considération que la dernière année de chaque période. Finalement, il aurait été intéressant d'avoir un questionnaire évaluant le risque d'usage abusif ou dépendant des divers médicaments psychotropes plutôt que de simplement évaluer ces types d'usages pour les médicaments sédatifs tel qu'évalué par le DÉBA-D.



### Pistes de recherches futures

Les résultats obtenus dans la recension des écrits de même que dans la présente étude soulèvent diverses pistes de recherche. D'abord, il serait opportun de rendre compte de la trajectoire de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes en distinguant la clientèle masculine et féminine et selon des analyses typologiques (diverses catégories de consommateurs avec un plus grand nombre de participants). La majorité des études auprès de l'usage de substances chez les personnes LM ne fait en effet aucune distinction en fonction du genre ou se centre exclusivement sur les hommes. Cette réalité est potentiellement associée au fait que la majorité des personnes LM sont de sexe masculin. Toutefois, les femmes peuvent évoluer différemment concernant leur usage de substances et les facteurs prédictifs de leur consommation pourraient différer de ceux des hommes.

Bien que la trajectoire de consommation ait été observée pour chacune des substances prises séparément (alcool, drogues illicites, médicaments sédatifs), il serait intéressant de rendre compte de l'évolution de la consommation d'alcool en fonction de la prise de médicaments anxiolytiques ou opiacés. En effet, Ben Amar et Léonard (2002) mentionnent que la prise d'alcool avec certains médicaments peut être dangereuse. Par exemple, le mélange de l'alcool avec des opiacés (ex. : codéine, morphine) ralentit le système respiratoire, alors que le mélange d'alcool avec des médicaments anxiolytiques accentue les effets sédatifs de la médication et ralentit les fonctions respiratoires et cardiaques. En raison de ces interactions, il est possible que certaines personnes LM ayant un trouble lié à l'utilisation de l'alcool aient réduit leur consommation lors de la prise de la médication afin de contrer ces effets désagréables, ou même dangereux. On peut se questionner sur le lien entre le retour du trouble lié à l'utilisation de l'alcool et le moment précis de l'arrêt de la médication, les interactions désagréables n'étant alors plus présentes.

Bref, une évaluation adéquate de l'historique de la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments n'est pas à négliger chez les personnes ayant une lésion à la moelle épinière.

## Références

- Alston, R.J. (1994). Sensation Seeking as a Psychological Trait of Drug Abuse Among Persons With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 38(2), 154-163.
- Babor, T.F. (1993). Substance Use Disorders and Persons With Physical Disabilities: Nature, Diagnosis, and Clinical Subtypes. Dans A.W. Heinemann (dir.), *Substance Abuse and Physical Disability* (p. 43-61). New York: The Haworth Press.
- Ben Amar, M. et Léonard, L. (2002). Mécanismes d'action des psychotropes et notions de pharmacologie clinique. Dans L. Léonard, et M. Ben Amar (dir.), *Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie* (p. 91-110). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bombardier, C.H. et Rimmele, C. (1998). Alcohol Use and Readiness to Change After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1110-1115.
- Bombardier, C.H., Stroud, M.W., Esselman, P.C. et Rimmele, C.T. (2004). Do Preinjury Alcohol Problems Predict Poorer Rehabilitation Progress in Persons With Spinal Cord Injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1488-1492.
- Collège des médecins du Québec (2009). *Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel*. Repéré à [http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/\\_media/75D08BE5562E45199E184536F9371876.ashx?sc\\_lang=frCA&120907](http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_media/75D08BE5562E45199E184536F9371876.ashx?sc_lang=frCA&120907)
- Churchill, A.C., Burgess, P.M., Peard, J. et Gill, T. (1993). Measurement of the Severity of Amphetamine Dependence. *Addiction*, 88, 1335-1340.
- Davidson, R. et Raistrick, D. (1986). The Validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A Short Self-Report Questionnaire for the Assessment of Alcohol Dependence. *British Journal of the Addiction*, 81, 217-222.
- Frisbie, J.H. et Tun, C.G. (1984). Drinking and Spinal Cord Injury. *Journal of the American Paraplegia Society*, 7(4), 71-73.
- Fullerton, D., Harvey, R., Klein, M. et Howell, T. (1981). Psychiatric Disorders in Patients With Spinal Cord Injuries. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1369-1371.
- Garrison, A., Clifford, K., Gleason, S.F., Tun, C.G., Brown, R. et Garshick, E. (2004). Alcohol Use Associated With Cervical Spinal Cord Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 27(2), 111-115.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J. et Strang, J. (1997). Test-Retest Reliability of the Severity of the Dependence Scale. *Addiction*, 92, 353-354.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric Properties of the SDS in English and Australian Samples of Heroin, Cocaine and Amphetamine Users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Healy, P. (1993). Substance Abuse in Spinal Cord Injured People. *Spinal Cord Injury. Psychosocial Process*, 6(2), 73-76.

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

- Heinemann, A.W. (1993). Prevalence and Consequences of Alcohol and Other Drug Problems Following Spinal Cord Injury. Dans A.W. Heinemann (dir.), *Substance Abuse and Physical Disability* (p. 63-78). New York: The Haworth Press.
- Heinemann, A.W., Doll, M.D. et Schnoll, S. (1989a). Treatment of Alcohol Abuse in Persons With Recent Spinal Cord Injuries. *Alcohol Health Research World*, 13, 110-117.
- Heinemann, A.W., Goranson, N., Ginsburg, K. et Schnoll, S. (1989b). Alcohol Use and Activity Patterns Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 34(3), 191-205.
- Heinemann, A.W., Mamott, B.D. et Schnoll, S. (1990). Substance Use by Persons With Recent Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Psychology*, 35(4), 217-238.
- Heinemann, A.W., Schnoll, S., Brandt, M., Maltz, R. et Keen, M. (1988). Toxicology Screening in Acute Spinal Cord Injury. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(6), 815-819.
- Higgins-Biddle, J., Hungerford, D. et Cates-Wessel, K. (2009). *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Center*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Jorge, M.R. et Masur, J. (1985). The Use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *British Journal of Addiction*, 80, 301-305.
- Kircus, E. et Brillhart, B.A. (1990). Dealing With Substance Abuse Among People With Disabilities. *Rehabilitation Nursing*, 15(5), 250-253.
- Kirubakaran, V.R., Kumar, N., Powell, B.J. et Tyler, A.J. (1986). Survey of Alcohol and Drug Misuse in Spinal Cord Injured Veterans. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(3), 223-227.
- Kiwerski, J. et Krauski, M. (1992). Influence of Alcohol Intake on the Course and Consequences of Spinal Cord Injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 15, 240-245.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Gourley, E.V., Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Meade, M.A. et Cifu, D.X. (2002). Post-Injury Substance Abuse Among Persons With Brain Injury and Persons With Spinal Cord Injury. *Brain Injury*, 16(7), 583-592.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Gourley, E.V., Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Cifu, D.X. et McKinley, W.O. (1999). Pre-Injury Substance Abuse among Persons with Brain Injury and Persons with Spinal Cord Injury. *Brain Injury*, 13(8), 571-581.
- Krause, J.S. (2004). Factors Associated With Risk for Subsequent Injuries After Traumatic Spinal Cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(9), 1503-1508.
- Mask, J. (1993). Attitudes of Staff and Spinal Cord Injured Persons Toward the Problem of Substance Abuse. *Spinal Cord Injury Psychosocial Process*, 6(2), 77-82.
- McKinley, W.O., Kolakowsky, S.A. et Kreutzer, J.S. (1999). Substance Abuse, Violence, and Outcome After Traumatic Spinal Cord Injury. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(4), 306-312.
- McMurrin, M. et Hollin, C.R. (1989). The Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: Norms and Reliability Data for Male Young Offenders. *British Journal of Addiction*, 84, 315-318.

## Usage de substances psychoactives chez les lésées médullaires

- Meyers, A.R., Branch, L.G. et Lederman, R.I. (1988). Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use by Independently Living Adults with Major Disabling Conditions. *International Journal of the Addiction*, 23(7), 671-685.
- Moore, D. et Li, L. (1994). Alcohol Use and Drinking-Related Consequences Among Consumers of Disability Services. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 38(2), 124-133.
- Moore, D. et Polsgrove, L. (1991). Disabilities, Developmental Handicaps, and Substance Misuse: A Review. *International Journal of Addiction*, 26, 65-90.
- O'Donnell, J.J., Cooper, J.E., Gressner, J.E., Shehan, I. et Ashley, J. (1981). Alcohol, Drugs, and Spinal Cord Injury. *Alcohol Health and Research World*, 82, 27-29.
- Radnitz, C.L. et Tirch, D. (1995). Substance Misuse in Individuals With Spinal Cord Injury. *International Journal of the Addictions*, 30(9), 1117-1140.
- Raistrick, D., Dunbar, G. et Davidson, R. (1983). Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- Santé Canada (2013). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues 2012*. Ottawa, Canada : Santé Canada. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-dro-gues/stat/2012/summary-sommaire-fra.php>
- Smedema, S.M. et Ebener, D. (2010). Substance Abuse and Psychosocial Adaptation to Physical Disability: Analysis of the Literature and Future Directions. *Disability Rehabilitation*, 32(16), 1311-1319.
- Stroud, M.W., Bombardier, C.H., Dyer, J.R., Rimmele, C.T. et Esselman, P.C. (2011). Preinjury Alcohol and Drug Use Among Persons with Spinal Cord Injury: Implications for Rehabilitation. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 34, 461-472.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P et Reiley, D. (1998). Patterns and Correlates of Cannabis Dependence Among Long-Term Users in an Australian Rural Area. *Addiction*, 93, 1149-1160.
- Tate, D.G. (1993). Alcohol Use Among Spinal Cord-Injured Patients. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(4), 192-195.
- Tétraut, M. et Courtois, F. (2015). Psychoactive Substance Use and Abuse Among Individuals Living with a Spinal Cord Injury. Dans A.M Colombus (dir.), *Advances in Psychology Research*, 113 (p.1-24). New York: Nova Science Publishers.
- Tremblay, J., Rouillard, R., April, N. et Sirois, M. (2001). *DÉBA-A/D, Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide, Alcool/Drogues, version 1.7. Manuel d'utilisation*. Québec, Québec : ALTO/Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve.
- Trieschmann, R. (1988). *Spinal Cord Injuries: Psychosocial, Social, and Vocation Rehabilitation*. New York: Pergamon Press.
- Young, M.E., Rintala, D.H., Rossi, C.D., Hart, K.A. et Fuhrer, M.J. (1995). Alcohol and Marijuana Use in a Community-Based Sample of Persons With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(6), 525-532.
- Zatzick, D., Jurkovich, G.J., Rivara, F.R., Wang, J., Fan, M.-Y., Joesch, J. et Mackenzie, E. (2008). A National US Study of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Work and Functional Outcomes After Hospitalization for Traumatic Injury. *Annals of Surgery*, 248(3), 429-437.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## **Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services en dépendance dans les soins de première ligne**

**Serge Maynard**, M. Sc., Coordonnateur de recherche,  
Unité d'alcoologie et de toxicomanie, Centre universitaire de santé McGill

**Emily Campbell**, M. Sc. Coordonnatrice de recherche, Unité d'alcoologie  
et de toxicomanie, Centre universitaire de santé McGill

**Katie Boodhoo**, B. Sc., Assistante de recherche, Unité d'alcoologie et de toxicomanie,  
Centre universitaire de santé McGill

**Spyridoula Xenocostas**, M. Sc., Directrice adjointe de recherche – secteur social, CIUSSS du  
Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Chercheuse associée, Département de communication sociale  
et publique, UQAM

**Kathryn Gill**, Ph. D., Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill,  
Directrice de recherche, Unité d'alcoologie et de toxicomanie, Centre universitaire de santé de McGill

et les autres membres de l'Équipe IRSC – Traitement de la toxicomanie (CIHR TEAM in substance  
abuse treatment)

### **Correspondance :**

Serge Maynard, M. Sc.  
Coordonnateur de recherche,  
Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé McGill  
1547 Avenue des Pins Ouest  
Montréal, Québec, Canada H3G 1B3  
514-934-1934, poste 44309  
Fax: 514 934-8262  
Courriel : [serge.maynard@muhc.mcgill.ca](mailto:serge.maynard@muhc.mcgill.ca)

Les auteur(e)s déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

### Résumé

**Objectif :** Les intervenants de première ligne sont en position idéale pour fournir des services de repérage, détection, interventions brèves et orientation (RDIBO) aux patients ayant un problème de dépendance. Par contre, la mise en œuvre du RDIBO dans la pratique clinique présente de nombreux défis et son adoption généralisée s'avère lente. L'objectif global de cette recherche a été d'examiner les expériences vécues par les intervenants de première ligne ayant suivi les ateliers de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de mettre en œuvre le programme-services Dépendances et, ensuite, d'étudier la relation entre cette formation et l'intégration des savoirs acquis à la pratique.

**Méthodes :** Deux groupes de discussion focalisée ont eu lieu avec un total de 10 intervenants de première ligne et, dans une seconde phase, 69 questionnaires ont été distribués à d'autres intervenants, dont 22 avaient eu l'occasion de suivre la formation du MSSS. Tous les intervenants provenaient d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui était dans le processus de mise en place des services de première ligne en dépendance, tel qu'exigé par le programme-services Dépendances du MSSS.

**Résultats :** Bien que la formation ait contribué à accroître la connaissance des participants sur la dépendance, les participants ont dit faire peu usage des outils de formation et avoir apporté peu de changements concrets à leur pratique clinique postatelier. En outre, les participants ont eu le sentiment que la formation dispensée ne les a pas suffisamment outillés pour adopter et mettre en œuvre le RDIBO, car trop théorique et déconnectée du stade de mise en œuvre dans leur propre organisme.

**Conclusion :** La tenue d'ateliers est une approche fréquemment utilisée pour encourager l'adoption de nouvelles pratiques dans les milieux de soins de santé. Cependant, ils sont peu susceptibles de conduire à des changements de pratique significatifs à long terme. Les résultats sont discutés dans l'optique d'une réflexion sur le processus de transfert de connaissances.

**Mots-clés :** Formation; mise en œuvre; services de soins de santé; dépendance; repérage; interventions brèves; transfert de connaissances.

### Inefficiency of didactic training workshops as a tool to implement addiction services in primary healthcare services

#### Abstract

**Objective:** Substance abuse is a public health concern worldwide. Frontline health care professionals (HCP) are well placed to provide screening, brief intervention and referral to treatment (SBIR) for patients with substance abuse. There are many challenges to implementation of SBIR in clinical practice and widespread adoption has been slow. The objective of this research was to explore the experience of frontline HCPs in training workshops mandated by the Ministry of Health and Social Services in Quebec, and to explore the gap between training and implementation into practice.

**Methods:** Two focus groups with ten frontline HCPs who had attended the mandated workshops were conducted and, in a second phase, 69 questionnaires were completed by HCP, among which 22 had attended the workshop. The study was conducted in Health and Social Service Centres that were in the process of implementing frontline services for substance abuse in response to government mandates.

**Results:** Participants felt that the training provided did not adequately equip them to adopt or implement SBIR. The training was perceived as too theoretical, and disconnected from their organization's stage of implementation. While some reported that the training was helpful in increasing knowledge, participants reported minimal use of the training tools and few concrete changes in clinical practice post-workshop.

**Conclusion:** Workshops are a commonly used approach for promoting the uptake of new practices in health care settings; however, they are unlikely to lead to significant long-term changes in practice. The results are discussed in the context of issues related to knowledge translation and the best practices for training.

**Keywords:** Training; implementation; healthcare services; substance abuse; screening; brief intervention; knowledge translation

### **Ineficacia de las formaciones didácticas como herramienta de integración de servicios en materia de dependencia en la atención de primera línea**

#### **Resumen**

**Objetivo:** Quienes intervienen en primera línea están en posición ideal para proporcionar servicios de identificación, detección, intervenciones breves y orientación (IDIBO) a los pacientes que presentan un problema de dependencia. Por el contrario, la puesta en marcha del servicio IDIBO en la práctica clínica plantea numerosos desafíos y su adopción generalizada resulta lenta. El objetivo general de esta investigación es el de analizar las experiencias vividas por los intervinientes de primera línea que han seguido los talleres de formación del Ministerio de Salud y Servicios Sociales (MSSS) para poner en marcha el programa de servicios a las dependencias y, a continuación, estudiar la relación entre esta formación y la integración de los conocimientos adquiridos en la práctica.

**Métodos:** se realizó una discusión focalizada en dos grupos con un total de 10 intervinientes de primera línea y, en una segunda etapa, se distribuyeron 69 cuestionarios a otros intervinientes, 22 de los cuales tuvieron la ocasión de seguir la formación del Ministerio. Todos los intervinientes provenían de un Centro de Salud y Servicios Sociales (CSSS) que estaba en proceso de instaurar los servicios de primera línea sobre dependencias, tal como lo exige el programa de servicios en materia de dependencia del MSSS.

**Resultados:** si bien la formación ha contribuido a aumentar el conocimiento de los participantes sobre la dependencia, los mismos manifestaron haber utilizado poco las herramientas de formación y haber aportado pocos cambios concretos a su práctica clínica con posterioridad al taller. Además, los participantes consideran que la formación dispensada no les ha proporcionado suficientes herramientas para adoptar y poner en práctica el servicio IDIBO, considerándolo demasiado teórico y desconectado del estadio de la puesta en marcha en su propio organismo.

**Conclusión:** la realización de talleres es un enfoque utilizado con frecuencia para alentar la adopción de nuevas prácticas en los medios de atención de la salud. Sin embargo, estos talleres son poco susceptibles de producir cambios de práctica significativos a largo plazo. Los resultados se discuten en la óptica de una reflexión sobre el proceso de transferencia de conocimientos.

**Palabras clave:** formación, puesta en marcha, servicios de atención de la salud, dependencia, identificación, intervenciones breves, transferencia de conocimientos.

### Introduction

La dépendance est un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, notamment en raison du taux élevé de morbidité et de mortalité qui lui est associé (OMS, 2013). Le RDIBO (repérage, détection, interventions brèves et orientation) a été reconnu comme un ensemble de pratiques fondé sur des données probantes qui permet de réduire la consommation à risque ou dangereuse de substances psychoactives chez les patients fréquentant la première ligne (Alvarez-Bueno, Rodriguez-Martin, Garcia-Ortiz, Gomez-Marcos et Martinez-Vizcaino, 2015; Babor et al., 2007a; Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak et Monteiro, 2010; Kaner et al., 2007; Kaner et al., 2009; Madras et al., 2009; O'Donnell, Wallace et Kaner, 2014). En outre, le RDIBO permet d'identifier les patients aux prises avec une consommation problématique et d'intervenir de façon précoce, puis de fournir des services de prévention secondaire, incluant des interventions brèves visant à réduire la consommation problématique de substances. Il permet aussi d'orienter les patients vers des services de deuxième ligne spécialisés dans le traitement de la dépendance. Il convient de préciser que si l'efficacité des interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool fait l'objet d'une certaine unanimité, son efficacité en ce qui concerne la consommation d'autres substances est moins bien établie. Alors que certains chercheurs considèrent ce type d'intervention inefficace pour les dépendances aux substances psychoactives (Saitz, 2014), d'autres considèrent plutôt que l'état des connaissances sur le sujet est insuffisant pour se prononcer à cet égard (Polen, Whitlock, Wisdom, Nygren et Bougatsos, 2008; Young et al., 2014). Par ailleurs, il subsiste un débat quant à l'efficacité de la composante « orientation » du RDIBO (Glass et al., 2015). Malgré ces quelques points de discordance, l'ensemble de la littérature sur le RDIBO établit de façon convaincante tant l'efficacité – à tout le moins en ce qui concerne la réduction d'une consommation à risque d'alcool – que la rentabilité de ce type d'intervention (Angus, Latimer, Preston, Li et Purshouse, 2014).

En dépit de ces preuves, le RDIBO est très peu intégré à la pratique des professionnels de la santé de la première ligne (Anderson et al., 2004; Edlund, Unutzer et Wells, 2004; Heather, 2014; Neushotz et Fitzpatrick, 2008). Un tel écart entre la pratique et les données probantes soutenant le RDIBO est grandement attribuable aux lacunes dans le transfert des connaissances vers le milieu de la pratique (Babor et al., 2007a; Nilsen, Kaner et Babor, 2008a). C'est entre autres ce qui explique l'attention accrue qu'ont reçu les défis liés à la formation et à la mise en œuvre du repérage précoce et des interventions brèves dans le domaine de la recherche sur les services de santé (Babor et Higgins-Biddle, 2000; Babor et al., 2007a; Bernstein, Bernstein, Stein et Saitz, 2009; Johnson, Jackson, Guillaume, Meier et Goyder, 2011; Nilsen, 2010; Nygaard et Aasland, 2011).

À cet égard, la mise en œuvre au Québec d'un programme-services Dépendances (2007-2012), qui repose grandement sur l'instauration du RDIBO dans les services de première ligne, offre une occasion idéale pour comprendre les processus entourant l'implantation de telles pratiques. Profitant de ce contexte, l'objectif global de cette recherche<sup>[1]</sup> a été d'examiner les expériences vécues par les intervenants de première ligne ayant suivi les ateliers de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de mettre en œuvre le programme-services Dépendances et, ensuite, d'étudier la relation existant entre les politiques gouvernementales, la formation et l'intégration des savoirs acquis à la pratique.

---

<sup>1</sup> Projet financé par les IRSC (SAF-94815)



## Contexte

### **Repérage et interventions précoces auprès des personnes aux prises avec un problème de dépendance au Québec**

Les politiques du gouvernement du Québec en matière de prévention et d'interventions précoces en toxicomanie et dépendance au jeu fournissent des exemples de l'effort entrepris au niveau provincial afin d'apporter des changements dans les pratiques de soins de santé (MSSS, 2006, 2007). Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* a confié aux centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>2</sup> et aux services de deuxième ligne spécialisés dans le traitement de la toxicomanie (centre de réadaptation en dépendance – CRD) le soin d'assurer l'intégration, la coordination et la continuité des soins à l'échelle de la province. À cet égard, le contexte québécois se distingue des contextes dans lesquels la majorité des études sur la mise en œuvre du RDIBO a été effectuée, notamment par ce qui est entendu par « première ligne ». Alors que la « première ligne » dans les études citées précédemment fait référence en grande partie à des centres de santé au cœur duquel se trouvent le médecin généraliste, les CLSC sont pour leur part des centres de santé offrant un éventail de soins de premières ligne, mais où la présence de médecins de famille est beaucoup moins importante. Par contre, il convient de préciser que plusieurs études indiquent que l'efficacité du RBIDO est similaire, que ce soit un médecin de famille ou une infirmière qui l'administre (Broyles et Gordon, 2010)

La trajectoire de services contenue dans le document *Offre de service – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Dépendances, 2007-2012* s'articule autour de 11 fiches (services) dont les cinq premières tombent essentiellement sous la responsabilité de la première ligne (CLSC) : 1) repérage précoce et détection auprès des personnes ayant des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu, et orientation vers le niveau de services approprié aux centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRD); 2) intervention précoce; 3) suivi psychosocial durant le traitement spécialisé; 4) traitement d'entretien à la méthadone et 5) désintoxication avec un suivi psychosocial. Chaque CSSS s'est vu confier la responsabilité d'élaborer un programme qui répond le mieux aux besoins locaux en se basant sur les lignes directrices en matière d'accessibilité et de continuité des soins énoncées dans les politiques du MSSS (MSSS, 2006, 2007).

### **Formation du MSSS**

Faisant partie intégrante de la mise en œuvre de la politique du MSSS, un atelier de formation de deux jours intitulé *Formation première ligne adulte en dépendances du MSSS* a été offert aux intervenants de première ligne (MSSS, 2009). Le mandat d'élaborer le contenu de l'atelier et d'offrir la formation aux intervenants de première ligne des CSSS a été confié à un CRD de Montréal. Les ateliers mentionnés dans cette étude ont été offerts au personnel des CSSS de la région de Montréal en 2010 et 2011. Les participants ont reçu un classeur de 400 pages qui comprenait sept modules :

1. Regard sur soi : Attitudes pour l'intervention en dépendance

---

<sup>2</sup> Au moment de l'étude, il y avait 93 CSSS dans la province. Avec l'adoption de la loi 10 sur la réforme du système de santé québécois, ces derniers ont été fusionnés pour former 13 CISSS et 9 CIUSS.

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

2. Vers un langage commun : Principaux concepts de base pour effectuer un repérage, une détection et une intervention précoce
3. Repérage de cas
4. Sensibilisation aux interventions motivationnelles brèves
5. Détection de cas
6. Repérage, détection et intervention précoce dans un contexte de consommation parentale de substances psychoactives
7. Repérage, détection et intervention précoce dans un contexte de troubles concomitants : problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives ou de jeu pathologique

Les objectifs généraux énoncés dans l'atelier étaient d'outiller les intervenants de première ligne afin qu'ils soient en mesure de repérer et de détecter les clients présentant un risque élevé d'usage problématique d'alcool, de drogues ou de jeu ; de permettre une intervention précoce au sein du CSSS ; et d'orienter les clients identifiés comme ayant un problème de toxicomanie ou de jeu vers un service de traitement spécialisé (MSSS, 2009).

Les outils promus au cours de l'atelier de formation incluaient un outil de repérage<sup>[3]</sup> comportant six items, suivi d'un ensemble d'outils de détection appelé DEBA (Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide) : DEBA-Alcool (DEBA-A\_, DEBA-Drogues (DEBA-D), DEBA-Jeu<sup>[4]</sup> (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Le DEBA-A a été conçu spécifiquement pour le contexte québécois des soins de santé afin de détecter les problèmes associés à la consommation d'alcool, de déterminer le degré de sévérité et d'orienter les clients vers les services appropriés. D'autres outils comme le DEBA-D et le DEBA-Jeu ont également été élaborés pour détecter respectivement des problèmes de drogues et des problèmes de jeu (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Le DEBA-A est une combinaison des questions du *Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool* (QBDA) (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983), et de l'Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD) (Gossop et al., 1995). Le DEBA-A compte un total de 28 questions, mais toutes ne sont pas nécessairement posées étant donné que certains résultats peuvent mettre fin au questionnaire dès les premières questions. Les résultats pour leur part peuvent facilement être interprétés grâce à un système de couleur qui situe le niveau de consommation d'un individu et permet de déterminer les démarches à entreprendre. Le vert représente une consommation à faible risque et rien ne sera entrepris ; jaune indique une consommation à risque modéré qui pourrait cautionner une intervention brève dans un CLSC ; et rouge indique une consommation à risque élevé et peut mener à l'orientation vers un centre spécialisé (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Il convient toutefois de souligner que les outils DEBA-Drogues et DEBA-Alcool n'ont à ce jour pas été validés scientifiquement (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009)<sup>[5]</sup>.

---

<sup>3</sup> L'outil de « repérage » inspiré de DEBA est un outil composé de quatre items qui comprend des questions sur la consommation de drogues et d'alcool, suivi de deux questions concernant le jeu.

<sup>4</sup> Les outils DEBA sont disponibles à : <http://www.risqtoxico.ca>

<sup>5</sup> En date du 10 août 2015, les auteurs n'ont pas été en mesure de trouver de publications confirmant la validation du DEBA-A ou DEBA-D. Dans le guide de l'utilisateur du DEBA, actualisé en 2012, il est mentionné que le DEBA-Jeu était en cours de validation en 2007 et qu'une étude de validation serait nécessaire pour le DEBA-A- et le DEBA-D (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).

### Méthodologie

Cette recherche a été menée en tant que partenariat collaboratif entre l'Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le Centre pour la recherche participative de McGill (PRAM) et un CSSS de la région montréalaise. Ce partenariat comptait parmi ses objectifs l'examen du processus de transfert de connaissances concernant le RDIBO pour les problèmes de dépendance dans un CSSS situé à Montréal et ses centres locaux de services communautaires (CLSC)<sup>6</sup>. Ce dernier a été choisi en raison de sa longue collaboration avec l'Unité d'alcoologie et de toxicomanie du CUSM. Il se situe dans un centre urbain et dessert une population socioculturelle fortement diversifiée (44,9% de la population résidente est immigrante) d'environ 219 770 personnes (Paquin, 2014).

Les participants étaient des intervenants de première ligne du CSSS – travailleurs sociaux, infirmières et conseillers de niveau maîtrise ou autres professionnels de la santé – travaillant dans les services psychosociaux et les équipes en santé mentale adulte et jeunesse. Ces services ont été ciblés, car priorités par la direction du CSSS pour la mise en œuvre des services en dépendances. La participation à toutes les composantes de la recherche s'est faite sur une base volontaire et le consentement éclairé a été obtenu. Cette étude a été approuvée à la fois par le Comité d'éthique de la recherche du CUSM et le Comité d'éthique de la recherche du CSSS impliqué dans le projet. Cet article rend compte de données relatives à la formation du MSSS entourant la mise en œuvre du programme-services Dépendances. La collecte a été faite suivant deux méthodes différentes : des groupes de discussion focalisée (2011) et des questionnaires anonymes (2013), tels que décrits dans les sections suivantes. Alors que les groupes de discussion auront permis d'étudier la perception et l'expérience des intervenants en lien avec la formation du MSSS de manière exploratoire, les questionnaires auront permis d'analyser l'impact des formations d'une manière systématique. En outre, les différents thèmes abordés lors des groupes de discussion ont inspiré la construction du formulaire.

*Groupes de discussion focalisée* : Une invitation à participer à un groupe de discussion focalisée de deux heures a été envoyée à tous les intervenants du CSSS qui avaient suivi les ateliers du gouvernement. Dix intervenants ont accepté l'invitation et deux groupes de discussion focalisée ont été formés à partir de cet échantillonnage. Les intervenants avaient tous suivi la formation du MSSS de 2010, soit un an avant le déroulement des groupes de discussion. Les groupes de discussion focalisée ont été tenus sur le lieu de travail des participants et ont été animés par une coordinatrice de recherche. Un assistant de recherche était également présent afin de prendre des notes détaillées d'observation. La principale raison d'être de ces groupes de discussion focalisée était de mieux comprendre l'expérience vécue par les intervenants de première ligne lors de la formation ainsi que les barrières et les facilitateurs à l'intégration de la formation à la pratique des intervenants.

Les discussions de groupes ont fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une transcription textuelle (*verbatim*) effectuée par un assistant de recherche. Les transcriptions ont fait l'objet d'une seconde écoute par la coordinatrice de recherche afin de s'assurer de leur exactitude et de leur exhaustivité. De plus, les notes d'observation sur le terrain ont été utilisées pour fournir des informations contextuelles, ajoutant de la profondeur aux données de la transcription. Le codage a été effectué à l'aide d'un logiciel de données qualitatives, QSR NVivo 9 (QSR International). L'analyse qualitative a été menée par un

---

<sup>6</sup> Pour une vision globale du projet de recherche, voir Gill et al. (2014).

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

analyste de données expérimenté ainsi que la coordinatrice de recherche. Ils ont utilisé une méthode d'analyse de contenu reposant sur une approche descriptive-interprétative (Ritchie et Spencer, 1993; Sandelowski, 2000). Cette méthode implique un codage inductif ou émergent, tout en permettant d'inclure un codage *a priori*. Le cadre thématique a été initialement élaboré de façon inductive par l'équipe de recherche avec le soutien d'un consultant en recherche qualitative. Le codage et l'analyse thématique ont été vérifiés de façon indépendante par la coordinatrice de recherche et l'assistant de recherche et revus par la chercheuse principale afin de parvenir à un consensus sur les thèmes principaux.

*Questionnaires* : Durant la phase de suivi, un questionnaire anonyme a été distribué aux 92 intervenants du CSSS participant. Le questionnaire a été élaboré conjointement avec le CSSS afin d'examiner les pratiques actuelles des intervenants de la première ligne ainsi que leur niveau de connaissance et de confiance en matière d'intervention auprès des personnes ayant un problème de dépendance. Les formulaires complétés ont été retournés par 69 intervenants, 22 d'entre eux ayant participé à l'atelier de formation de deux jours du MSSS. Étant donné que le présent article focalise son attention sur la formation du MSSS, les résultats présentés ici concernent uniquement ces derniers. Par contre, lorsque pertinent et à titre comparatif, l'ensemble du corpus sera considéré. Le tableau 1 présente un portrait des 22 répondants au questionnaire ainsi que celui des participants aux groupes de discussion. Les questionnaires ont été analysés à l'aide du programme d'analyse quantitative SPSS 21 (IMB Inc.).

**Tableau 1. Données sociodémographiques des participants : Phase 1 et Phase 2**

	Phase 1 (n = 10) %	Phase 2 (n = 22) %
<b>Équipes</b>		
Santé mentale adulte	50	55
Équipe jeunesse et famille	10	23
Services psychosociaux généraux	40	22
<b>Sexe</b>		
F	80	73
H	20	23
N/D	0	4
<b>Âge</b>		
29 ans et moins	10	5
30 - 39 ans	10	23
40 - 49 ans	20	36
50 - 59 ans	50	18
60 ans et plus	0	14
N/D	0	4
<b>Éducation</b>		
Diplôme collégial	10	18
Baccalauréat	40	41
Maîtrise	40	41
<b>Années d'expérience 1<sup>re</sup> ligne *</b>		
1-3 ans	20	0
5 ans ou plus	70	0
4 - 7 ans	0	18
7 - 10 ans	0	9
10 ans ou plus	0	73
N/D	10	0

## Résultats

### Groupes de discussion focalisée

L'analyse qualitative a permis de dégager les principaux thèmes rapportés par les intervenants de première ligne concernant leurs expériences et leurs perceptions de l'atelier de formation, les changements de pratique postformation et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre du RDIBO.

#### *Expérience et perceptions de l'atelier de formation*

- La formation a été jugée comme étant trop théorique.

De façon globale, il ressort des témoignages des participants que la formation n'était pas suffisamment axée sur la pratique, qu'il y avait trop peu de contenu se rapportant à des interventions concrètes ou d'informations qui auraient pu être utilisées avec les clients. La moitié des participants ont noté qu'il y avait trop de matériel à aborder pour un atelier de formation de deux jours, notamment en ce qui concerne le classeur de 400 pages. Faisant écho aux témoignages des autres participants, l'un d'entre eux a expliqué que l'aspect théorique de la formation prédominait trop lors de l'atelier, ce qui a limité, voire inhibé, l'assimilation du matériel présenté : « Ça reste de la théorie. Si ça ne se raccroche pas à la pratique, c'est très difficile de retenir. Moi je suis revenu ici, pis si tu me redemandais la différence là... »

Abondant dans le même sens que sa collègue, une participante déplore le peu de place fait à l'application des connaissances dans la pratique des intervenants : « C'était très très académique et on n'entrait pas beaucoup dans la méthodologie d'intervention avec des personnes [aux prises] avec un problème de dépendance. Donc ça moi, je suis restée sur ma faim. Je ne m'attendais pas à une présentation sur les différentes substances ; ça je l'avais quand même. Moi mes attentes quand j'allais à cette formation-là, c'était COMMENT intervenir (emphase) dans un contexte de dépendance avec des clients. »

Dans la même veine, quatre participants ont également noté que le matériel important lié à l'utilisation des outils de repérage et de détection avait été vu trop rapidement en raison du temps limité. Afin d'améliorer l'atelier, il a été suggéré de passer plus de temps à faire des activités interactives avec les outils étudiés et des jeux de rôle plutôt qu'une approche didactique.

- Le contenu n'était pas suffisamment adapté au milieu de travail du CSSS ou au niveau de connaissance des participants.

Les ateliers étaient composés d'intervenants de première ligne provenant de différents CLSC et de différentes équipes cliniques, incluant des services de santé mentale pour la clientèle adulte et des services pour les jeunes et les familles. Trois participants ont fait remarquer que certains des formateurs avaient une connaissance limitée de la structure organisationnelle des CSSS et que, par conséquent, la formation n'était pas suffisamment adaptée aux besoins spécifiques des équipes de santé communautaire. D'autres ont souligné qu'une bonne partie du matériel était nouveau pour eux et qu'il a été difficile de suivre le contenu présenté durant ces deux jours. Inversement, pour les participants des équipes en santé mentale, le matériel était demeuré trop général et répondait peu au besoin spécifique des intervenants spécialisés : « Il y avait supposément une demi-journée pour santé mentale, mais c'était, général, général, général. (rires) Je sais pas ce que vous en pensez (en s'adressant aux autres participants), [...], j'espérais qu'ils vont aller plus peut-être répondre à mes questions. Premièrement on n'avait pas le temps ou presque de répondre aux questions parce qu'il y avait trop de choses, pis c'était assez général. »

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

- La formation était imposée.

Cinq participants ont déploré le fait qu'on leur a demandé de s'inscrire à l'atelier sans pour autant avoir été préparés à la raison d'être ni aux implications de cette formation. Une telle dynamique a eu pour effet de laisser planer une incertitude au sujet des changements que les intervenants étaient censés apporter à leur pratique à la suite de l'atelier et pour se conformer aux nouvelles politiques du MSSS. Comme l'explique un participant : « C'était pas clair au niveau de l'application ultérieure, mais c'était très clair que c'était une commande et qu'on devait être là (un autre participant acquiesce). Ce que je veux dire, c'était pas une question de choix, que d'en haut, il venait une formation et qu'il fallait la suivre. Mais c'est l'application qui... la suite de ça qui était pas claire finalement. Mais le fait qu'on soit là pis qu'il fallait être là et fallait que la formation se donne, ÇA c'était (clair). »

Lors de l'atelier, de nombreux participants auraient tenté d'exprimer leurs appréhensions et leur besoin de clarification aux formateurs, mais peu de place était faite pour des échanges à ce sujet.

### ***Changements postformation***

- Peu de changements dans la pratique.

Trois participants ont dit s'être servis de l'un des outils DEBA comme guide de référence au cours de leur intervention avec les clients, tandis qu'un autre a rapporté avoir modifié quelques-unes des questions de l'outil de repérage. Deux autres participants ont dit avoir pris conscience, à la suite de la formation, de l'importance de poser des questions aux clients sur leur consommation d'alcool et de substances psychoactives. Par contre, en dépit de la formation reçue, aucun des participants n'a rapporté avoir complété l'un des outils de repérage ou de détection avec un client à la suite de l'atelier.

En effet, peu importe l'opinion des participants au sujet des outils (positive ou négative), l'atelier de formation n'aurait pas permis d'inculquer la confiance nécessaire pour que les outils soient intégrés à la pratique des intervenants. En outre, certains participants ont affirmé aimer les outils, mais que ceux-ci avaient été passés en revue trop rapidement pendant la formation et qu'en conséquence ils n'avaient pas été en mesure de les utiliser à la suite de l'atelier de formation. D'autres participants ont noté que les outils DEBA n'étaient pas adaptés aux services de soins de santé de première ligne, car trop longs à administrer, peu conviviaux et contraires à leur style thérapeutique.

Par ailleurs, le classeur de formation de 400 pages fournissait un matériel abondant fondé sur les données probantes, mais dans l'ensemble, les participants ont rapporté qu'ils n'avaient pas mis en pratique le matériel qu'il contient à la suite de la formation et qu'ils n'avaient pas utilisé le classeur, tel qu'exprimé par l'un des participants : « Je n'ai jamais même ouvert ce beau classeur qu'ils nous ont donné ».

- Une sensibilisation accrue

Bien que la plupart des participants aient dit avoir apporté très peu de changements à leur pratique courante à la suite de la formation, trois ont reconnu être sortis de l'atelier avec une plus grande ouverture et une sensibilisation accrue à l'importance d'aborder les problèmes de dépendance avec leurs clients. Pour les deux participants qui posaient déjà régulièrement des questions sur les habitudes de consommation de leur client, l'atelier aura servi de rappel de l'importance de cette pratique.

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

Alors que certains ont rapporté être plus disposés à poser des questions aux clients sur leur consommation de substances psychoactives (sans pour autant utiliser d'outils), d'autres ont dit être prêts à aborder le problème de dépendance ou de jeu pathologique d'un client que dans la mesure où celui-ci l'abordait en premier. Une minorité de participants (2) se sont montrés plus résistants et considéraient l'intervention précoce et le travail de prévention comme une charge de travail supplémentaire à laquelle ils n'avaient pas de temps à consacrer ou qui ne faisait pas partie de leurs responsabilités.

### **Barrières à la mise en œuvre des pratiques apprises lors de la formation**

- Un manque de connaissances et de confiance

Parmi les éléments mentionnés pour expliquer le peu de changements concrets à la pratique des participants à la suite de l'atelier, soulignons le fait que ces derniers ne se sentaient toujours pas suffisamment outillés pour mettre en œuvre les nouvelles pratiques de repérage précoce/détection ou d'intervention qui leur ont été présentées. En outre, l'atelier s'est avéré incapable d'accroître leur confiance ou leur motivation à intervenir auprès des personnes ayant des problèmes de dépendance, notamment parce que celui-ci était trop bref, comme l'explique une participante dans ses propres mots: «[...] c'est l'idée qu'on va avoir plusieurs clients ou prises en charge de ces clients (avec des problèmes de consommation). Avec les deux jours, j'ai pas trouvé d'expertises avec ça [...] Il y a rien qui a changé.»

À cet égard, des participants ont dit qu'une formation plus approfondie, axée sur l'intégration des interventions au sein de leur propre organisme et de leur pratique clinique était nécessaire pour accroître leur capacité à intégrer ces pratiques à la leur.

- Un besoin de supervision clinique et de soutien

Les témoignages des participants laissent comprendre que la mise en œuvre de nouvelles pratiques est un processus chronophage qui exige des efforts continus, mais que les plans du MSSS et la brève formation sont peu susceptibles à eux seuls de conduire aux changements escomptés. Comme l'explique une participante :« Les formations, je commence à douter un peu de cette formule-là pour s'approprier des choses ». Certains participants ont par ailleurs indiqué qu'afin de développer les compétences et la confiance nécessaires, ils avaient besoin d'une supervision clinique et d'un soutien constant au sein du CSSS.

- Des doutes sur la pertinence du programme et de la formation déconnectée de la mise en œuvre organisationnelle

La pertinence d'instaurer le RDIBO dans les services de santé de première ligne ne faisait pas l'unanimité parmi les participants, un sentiment qui s'étendait conséquemment à l'atelier de formation, dont l'objectif était justement d'enseigner les différentes pratiques entourant le RDIBO. Ceux qui ont exprimé leur scepticisme quant au RDIBO, considéraient que leurs clients ne tireraient aucun bienfait potentiel du RDIBO et que la dépendance ne constituait pas une priorité à leur clinique. Ils avaient le sentiment que leurs clients avaient à faire face à des problèmes immédiats plus urgents. L'une des participantes a attribué ce scepticisme, entre autres, au fait que la direction de leur CSSS n'a pas fait d'efforts pour « vendre » le programme aux intervenants : « C'est là qu'ils nous ont pas convaincus notre administration peut-être, de dire que : « selon les recherches, selon les collègues et tout ça, si ce n'est pas traité, ce qu'on fait (c.-à-d. « nos interventions ») n'est pas aussi efficace. » (...) mais ils nous ont pas convaincus que ce focus-là (la dépendance) est nécessaire. »

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

Ces points de vue indiquent que la logique derrière la mise en œuvre d'un programme-services Dépendances ne semble pas avoir été abordée avec les intervenants, que ce soit au niveau régional ou autre. Il se pourrait donc que les intervenants n'aient pas tout à fait compris l'objectif ou les avantages du repérage et des interventions brèves dans la première ligne.

Il est par ailleurs ressorti des témoignages des participants qu'il y avait un écart entre les attentes du MSSS concernant les changements de pratique et le stade actuel de mise en œuvre à leur CSSS. À la suite de l'atelier, la direction de leur CSSS n'a pas fourni de lignes directrices claires concernant la mise en œuvre de ces changements : « Mais comment que je peux intégrer ça ? Qu'est-ce que je fais avec ça ? Comment ça s'aligne ensemble, moi c'est ça je veux dire. [...] Pis encore une fois, on revient à la même affaire, c'est pas nécessairement clair qu'est-ce qu'on était supposé faire avec. C'est comme « OK, on vous donne une formation. Tu es exigé de la faire et puis ce que t'en fais avec je le sais pas, parce que j'ai pas pu te suivre. Pis on s'attend à ce que tu t'en serves pis que tu l'intègres dans ta pratique ». Comment ? Encore une fois, on le sait pas. »

Ainsi, en l'absence de lignes directrices de la direction du CSSS concernant les pratiques à mettre en œuvre, certains participants n'ont pas senti qu'il était de leur responsabilité de mettre en œuvre les changements ou de promouvoir le mandat du MSSS.

### Questionnaires

De la même façon que pour les résultats qualitatifs de la phase 1, la perception de l'impact de la formation variait dans les résultats du questionnaire de la phase 2 (voir Tableau 1). Contrairement aux préoccupations rapportées par les groupes de discussion focalisée, un peu plus de la moitié des participants qui ont suivi la formation du MSSS s'entendent pour dire que l'atelier a été utile (59,1%) et que la formation a en fait conduit à certains changements de pratique au CSSS (54,5%). La plupart des participants ont rapporté qu'ils posaient, en effet, des questions à leurs clients concernant leur consommation de drogues et d'alcool. Par contre, lorsqu'il leur a été demandé de préciser les outils spécifiques utilisés pour repérer et détecter les problèmes d'alcool, de drogues et de jeu – une composante clé de l'atelier de formation – 81,8% ont indiqué qu'ils n'utilisaient « pratiquement jamais » ou « jamais » un outil formel pour repérer ou détecter les clients aux prises avec des problèmes d'usage de substances ou de jeu. Près d'un tiers des participants a dit n'avoir jamais utilisé le DEBA-A ou le DEBA-D avec un client et seulement 13,6% ont rapporté avoir utilisé le DEBA-Jeu. Le CSSS a instauré une pratique formelle de repérage systématique et de détection en 2012. Cependant, lorsqu'il a été demandé aux participants s'ils avaient complété l'outil de détection approprié suivant un repérage positif, 81,99% ont rapporté ne l'avoir « rarement » ou « jamais » fait. De plus, près de la moitié des intervenants s'entendaient pour dire que leur participation à l'atelier de formation du MSSS avait conduit à une confiance accrue lorsqu'il s'agissait d'aborder les problèmes de dépendance avec leurs clients.



Tableau 2. Perception et pratiques des participants postformation

Questions	% (N=22)
<b>Quelle était la raison principale de votre présence?</b>	
Obligatoire	71,4 (15)
Intérêt professionnel	28,6 (6)
Autre	0
<b>La formation a été utile pour mon travail.</b>	
Fortement en accord	18,2 (4)
En accord	40,9 (9)
Ni en accord, ni en désaccord	18,2 (4)
En désaccord	22,7 (5)
Fortement en désaccord	0
<b>La formation a conduit à une modification de ma pratique.</b>	
Fortement en accord	0
En accord	54,5 (12)
Ni en accord, ni en désaccord	36,4 (8)
En désaccord	9,1 (2)
Fortement en désaccord	0
<b>Je suis plus en confiance d'aborder les habitudes de consommation avec ma clientèle depuis la formation.</b>	
Fortement en accord	4,5 (1)
En accord	40,9 (9)
Ni en accord, ni en désaccord	31,8 (7)
En désaccord	18,2 (4)
Fortement en désaccord	4,5 (1)
<b>J'interroge mes clients sur leur habitude de consommation de drogues et d'alcool.</b>	
Toujours	36,4 (8)
Souvent	36,4 (8)
La moitié du temps	18,2 (4)
Rarement	4,5 (1)
Jamais	0
N/D	4,5 (1)
<b>J'interroge mes clients sur leur habitude avec le jeu.</b>	
Toujours	0
Souvent	22,7 (5)
La moitié du temps	18,2 (4)
Rarement	50,0 (11)
Jamais	4,5 (1)
N/D	4,5 (1)

### Discussion

Cette recherche a été menée dans le cadre d'une étude à phases multiples sur le transfert de connaissances et sur la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes afin que les problèmes de dépendance soient abordés dans les services de première ligne.

Le MSSS a reconnu l'impact significatif sur le plan de la santé et sur le plan social des méfaits associés à la dépendance et a effectué un effort généralisé pour diffuser des pratiques du RDIBO adaptées aux régions (MSSS, 2006 ; 2007 ; 2009). Il s'agit d'un défi significatif si l'on considère la littérature scientifique sur le RDIBO qui met en relief les difficultés inhérentes liées à sa mise en œuvre et sa diffusion au sein des services de santé de première ligne (Johnson et al., 2011 ; Nilsen et al., 2008a ; Rogers, 2002). Ces difficultés tiennent, entre autres, aux défis liés à l'élaboration d'une stratégie de formation efficace censée conduire à l'adoption et l'intégration de nouvelles pratiques dans les soins de première ligne. Or, la présente étude indique que le type de formation adoptée par le MSSS, soit une formation de type didactique de deux jours, n'a pas été en mesure de favoriser une adoption et une appropriation des pratiques entourant le RDIBO, telles que décrites dans son programme-services.

En effet, alors que les ateliers reposant sur de brèves sessions de formation didactique sont l'une des méthodes les plus utilisées pour assurer le transfert de nouvelles connaissances vers le milieu de la pratique en soins de santé, nos résultats indiquent qu'une telle démarche n'a pas atteint l'objectif escompté (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman et Wallace, 2005). Les participants ont rapporté que le contenu de l'atelier ne reflétait pas leurs besoins sur le plan de la pratique, qu'ils n'avaient pas été convaincus de l'importance du RDIBO, et bien que l'atelier ait été perçu comme « utile », les changements de pratique rapportés par les intervenants eux-mêmes étaient modestes.

Les constats émanant de la présente étude concordent ainsi avec celles de recherches montrant que, tout en conduisant à un accroissement de connaissances des professionnels de la santé, les formations didactiques brèves conduisent rarement à des changements de pratique significatifs à long terme (Beidas et Kendall, 2010 ; Lopez, Osterberg, Jensen-Doss et Rae, 2010). En dépit de leur manque d'efficacité, les modèles traditionnels d'atelier de formation didactique continuent d'être utilisés dans les milieux de soins de santé (Fixsen et al., 2005 ; Lyon, Stirman, Kerns et Bruns, 2011).

Comme indiqué dans la présente étude, la supervision clinique et le soutien ou *coaching* ont été identifiés comme des composantes importantes afin de parvenir à une mise en œuvre réussie de nouvelles pratiques (Fixsen et al., 2005 ; Lyon et al., 2011). Des études ont montré qu'une consultation constante est fondamentale pour assurer l'adhésion des intervenants et d'augmenter leurs compétences (Barwick, Bennett, Johnson, McGowan et Moore, 2012). En ce qui concerne le RDIBO, une étude effectuée par Stanton et al. (2012) indique que les intervenants en soins primaires apprécient le *coaching* sur le lieu de travail plus que toute autre méthode de transfert de connaissances, suggérant que la supervision clinique est essentielle pour forger un sentiment d'efficacité personnelle et améliorer les compétences cliniques (Lyon et al., 2011).

Sans prétendre offrir de modèle définitif pour la formation des intervenants dans les soins de première ligne, tant nos résultats que la littérature sur la formation dans le milieu des soins permettent de dégager quelques constats généraux. D'emblée, il semble préférable d'adopter une méthode de formation qui intègre un suivi échelonné sur une période de temps plus longue (p. ex. par le biais de séance de *coaching* ou des suivis récurrents). Une telle approche s'avère plus fructueuse pour augmenter d'une part le niveau de connaissances et compétences cliniques et, d'autre part, pour changer la pratique des intervenants (Lyon et al., 2011). Dans le même esprit qu'une approche qui

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

s'ancre dans le long terme, Lyon et al. (2011) proposent également d'ajouter ce qu'ils appellent des « rappels au point de services » (traduction libre de *point-of-care reminders*) tels que des listes de contrôle informatisées qui, comme le rappellent les auteurs, est l'une des stratégies de soutien à la formation les plus efficaces dans la formation médicale.

Par ailleurs, dans une revue de littérature sur la dissémination et la mise en œuvre de traitements fondés sur des données probantes, Beidas et Kendall (2010) ont identifié les méthodes pédagogiques actives (p. ex. apprentissage par expérience / exercices interactifs sur ordinateur / jeux de rôle) comme étant plus efficaces qu'une approche didactique pour favoriser l'adoption et l'appropriation de pratiques fondées sur des données probantes. Il convient de souligner que tous les cas recensés par leur revue de littérature qui ont conduit à l'adoption de nouvelles pratiques n'ont pas mis uniquement l'accent sur la formation, mais ont adopté une perspective contextuelle dans laquelle les réalités des intervenants, des patients et de l'organisation ont été considérées dans l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre de nouvelles pratiques (Beidas et Kendall, 2010).

Afin de minimiser les coûts associés à la durée et la présence d'interventions plus individualisées qu'impliquent de telles approches, l'utilisation de technologies d'apprentissage en ligne se présente comme une solution prometteuse. En effet, les méthodes d'apprentissage en ligne (*e-learning*) ont fait l'objet d'études démontrant que leur efficacité pour augmenter le niveau de connaissance (U.S. Department of Education 2010) et potentiellement les compétences cliniques (Fairburn et Cooper, 2011) est comparable à celui des approches dites « classiques ».

### **Limites**

Les auteurs reconnaissent certaines limites aux résultats présentés dans cet article. En outre, il décrit les expériences d'un petit nombre d'intervenants provenant d'un seul CSSS au Québec et il fournit seulement un cliché des opinions et des pratiques des intervenants. De plus, les données sont de nature rétrospective et reposent sur une autoévaluation, ce qui impose une certaine prudence quant aux conclusions que l'on peut tirer des résultats. Finalement, les auteurs reconnaissent l'existence d'une variation entre les deux phases de données, qualitatives et quantitatives, en particulier en ce qui concerne le changement rapporté dans la pratique postformation. Quel que soit l'éventail des différences rapportées concernant l'utilité perçue et le changement de pratique, les résultats des deux phases indiquent que les participants n'ont pas adopté d'outils de repérage précoce et de détection, une composante clé de la formation et de la politique du MSSS.

### **Conclusion**

Plus de trois décennies de recherche ont permis d'élaborer des pratiques de RDIBO fondées sur des données probantes et dont les bienfaits potentiels pour la santé publique ont été démontrés (Babor et al., 2007b; Nilsen, Kaner et Babor, 2008b). Malheureusement, il subsiste un défi important quant aux méthodes utilisées pour transmettre ces pratiques (Bhattacharyya et Zwarenstein, 2009) et les défis concernant la mise en œuvre du RDIBO dans les milieux de soins de santé primaire sont considérables et bien documentés (Babor et al., 2007b; Johnson et al., 2011; Nygaard et Aasland, 2011). Les formateurs dans le milieu de la santé continuent souvent d'avoir recours à des méthodes qui ne sont pas soutenues empiriquement (Lopez et al., 2010; Seale et al., 2012; Stuart, Tondora et Hoge, 2004), et les données présentées ici indiquent que la formation du MSSS a utilisé des méthodes de transfert de connaissances insuffisantes et donc inefficaces. Fournir une formation et un soutien à la mise en œuvre du RDIBO inadéquats perpétue la tendance à une lente adoption du RDIBO.

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

De façon globale, les résultats de cette étude suggèrent que la mise en œuvre des politiques du MSSS dans les services de santé ne s'est pas fait suivant des stratégies fondées sur des données probantes pour le transfert de connaissances tel que l'on peut retrouver dans la littérature (Lyon et al., 2011). Une utilisation efficace du RDIBO dans les cliniques de soins de santé de première ligne exige des consultations et une collaboration constantes entre les décideurs politiques, les gestionnaires de cliniques et les intervenants, ainsi que de multiples formes de soutien à la mise en œuvre, incluant une formation pratique et concrète, un suivi sous forme de coaching ou de supervision et un soutien organisationnel continu. De tels efforts concertés apparaissent comme une nécessité pour qu'une mise en œuvre fructueuse du RDIBO soit effectuée dans les services de santé de première ligne du Québec.

## Références

- Alvarez-Bueno, C., Rodriguez-Martin, B., Garcia-Ortiz, L., Gomez-Marcos, M. A. et Martinez-Vizcaino, V. (2015). Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Preventive Medicine*, 76, S33-38. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.12.010
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., ... Group, W. H. O. B. I. S. (2004). Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol and Alcoholism*, 39(4), 351-356. doi: 10.1093/alcalc/agh072
- Angus, C., Latimer, N., Preston, L., Li, J. et Purshouse, R. (2014). What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Front Psychiatry*, 5, 114. doi: 10.3389/fpsy.2014.00114
- Babor, T. F. et Higgins-Biddle, J. C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95(5), 677-686.
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K. et Bray, J. (2007a). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30. doi: 10.1300/J465v28n03\_03
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K. et Bray, J. (2007b). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30. doi: 10.1300/J465v28n03\_03
- Barwick, M., Bennett, L., Johnson, S., McGowan, J. et Moore, J. (2012). Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34, 1786-1795.
- Beidas, R. et Kendall, P. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology*, 17(1), 1-30.
- Bernstein, E., Bernstein, J. A., Stein, J. B. et Saitz, R. (2009). SBIRT in emergency care settings: are we ready to take it to scale? *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1072-1077.
- Bhattacharyya, O. et Zwarenstein, M. (2009). Methodologies to evaluate effectiveness of knowledge translation interventions. Dans S. Straus, J. Tetroe & I. Graham (dir.), *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice* (p. 249-260). UK: Wiley-Blackwell.
- Broyles, L. M. et Gordon, A. J. (2010). SBIRT implementation: moving beyond the interdisciplinary rhetoric. *Substance Abuse*, 31(4), 221-223.
- Edlund, M. J., Unutzer, J. et Wells, K. B. (2004). Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care: results from healthcare for communities. *Medical Care*, 42(12), 1158-1166.
- Fairburn, C. G. et Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.005

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. et Wallace, F. (2005). *Implementation research - A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: National Implementation Research Network.

Gill, K. J., Campbell, E., Gauthier, G., Xenocostas, S., Charney, D. et Macaulay, A. C. (2014). From policy to practice: implementing frontline community health services for substance dependence—study protocol. *Implementation Science*, 9(1), 108.

Glass, J. E., Hamilton, A. M., Powell, B. J., Perron, B. E., Brown, R. T. et Ilgen, M. A. (2015). Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 110(9), 1404-1415. doi: 10.1111/add.12950

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 9(5), 607-614.

Heather, N. (2014). The efficacy-effectiveness distinction in trials of alcohol brief intervention. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9, 13.

Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Poznyak, V. et Monteiro, M. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organisation.

Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P. et Goyder, E. (2011). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Public Health*, 33(3), 412-421. doi: 10.1093/pubmed/fdq095

Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C.,... Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* (2), Cd004148. doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub3

Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., . . . Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Review*, 28(3), 301-323. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x

Lopez, M., Osterberg, L., Jensen-Doss, A. et Rae, W. (2010). Effects of workshop training for providers under mandated use of an evidence-based practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* (4), 301-312.

Lyon, A., Stirman, S., Kerns, S. et Bruns, E. (2011). Developing the mental health workforce: Review and application of training approaches from multiple disciplines. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 238-253.

Madras, B., Compton, W., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J. et Clark, H. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 280-295.

MSSS (2006). *Unis dans l'action : Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Québec : Gouvernement du Québec

MSSS (2007). *Unis dans l'action : Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Québec : Gouvernement du Québec.

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

MSSS (2009). *Unis dans l'action : Programme de formation en dépendances pour les centres de santé et de services sociaux* (CSSS). Québec : Gouvernement du Québec.

Neushotz, L. A. et Fitzpatrick, J. J. (2008). Improving substance abuse screening and intervention in a primary care clinic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 78-86. doi: 10.1016/j.apnu.2007.04.004

Nilsen. (2010). Brief alcohol intervention. Where to from here? Challenges remain for research and practice. *Addiction*, 105(6), 954-959. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02779.x

Nilsen, P., Kaner, E. et Babor, T. (2008a). Brief intervention, three decades on. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 453-467.

Nilsen, P., Kaner, E. et Babor, T. F. (2008b). Brief intervention, three decades on - An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic Studies On Alcohol and Drugs*, 25(6), 453-467.

Nygaard, P. et Aasland, O. G. (2011). Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol*, 46(1), 52-60. doi: 10.1093/alcalc/agq073

O'Donnell, A., Wallace, P. et Kaner, E. (2014). From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Front Psychiatry*, 5, 113. doi: 10.3389/fpsy.2014.00113

Paquin, C. (2014). Portrait statistique de la population du territoire du CSSS de la Montagne 2011. Montréal, Québec : Centre de santé et de services sociaux de la Montagne.

Polen, M. R., Whitlock, E. P., Wisdom, J. P., Nygren, P. et Bougatsos, C. (2008). Screening in Primary Care settings for Illicit Drug Use: Staged Systematic Review for the United States Preventive Task Force. *Evidence Synthesis*, 58(1), 1-67.

Raistrick, D., Dunbar, G. et Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78(1), 89-95.

Ritchie, J. et Spencer, L. (1993). *Qualitative data analysis for applied policy research*. London: Routledge.

Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive behaviors*, 27(6), 989-993.

Saitz, R. (2014). Screening and brief intervention for unhealthy drug use: little or no efficacy. *Front Psychiatry*, 5, 121. doi: 10.3389/fpsy.2014.00121

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*, 23(4), 334-340.

Seale, J. P., Velasquez, M. M., Johnson, J. A., Shellenberger, S., von Sternberg, K., Dodrill, C., ... Grace, D. (2012). Skills-based residency training in alcohol screening and brief intervention: results from the Georgia-Texas "Improving Brief Intervention" project. *Substance abuse*, 33(3), 261-271.

Stanton, M., Atherton, W., Toriello, P. et Hodgson, J. (2012). Implementation of a «learner-driven» curriculum: An screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) interdisciplinary primary care model. *Substance Abuse*, 33(3), 312-315.

## Inefficacité des formations didactiques comme outil d'intégration de services

Stuart, G., Tondora, J. et Hoge, M. (2004). Evidence-based teaching practice: Implications for behavioral health. *Administration and Policy in Mental Health*, 32(2), 107-130.

Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu*. Trois-Rivières, Québec.

Young, M. M., Stevens, A., Galipeau, J., Pirie, T., Garritty, C., Singh, K., ... Moher, D. (2014). Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systems Review*, 3, 50.





RÉFLEXION THÉORIQUE

## Le déni en alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas

**D<sup>r</sup> Pascal MENECIER**, Docteur en psychologie, Institut de Psychologie, Université Lumière, Lyon 2  
Praticien hospitalier, Unité d'Addictologie - Consultation mémoire, Hôpital des Chanoux

**Loetitia ROTHEVAL**, Psychologue clinicienne, Unité d'Addictologie, Hôpital de Mâcon

**Sandrine PLATTIER**, Psychologue clinicienne, Unité d'Addictologie, Hôpital de Mâcon

**Lydia FERNANDEZ**, Professeur en psychologie de la santé et du vieillissement,  
Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2

**Louis PLOTON**, Professeur émérite de gérontologie, Institut de Psychologie, Université Lumière,  
Lyon 2

### **Correspondance :**

D<sup>r</sup> Pascal MENECIER, Praticien hospitalier,  
Unité d'Addictologie, Hôpital des Chanoux, 71018 Mâcon Cedex.

Tél : 03 85 27 63 69

[pamenecier@ch-macon.fr](mailto:pamenecier@ch-macon.fr)

Conflit d'intérêts : aucun.

### Résumé

Le malade alcoolique est souvent redouté par la répétition de ses conduites, en référence au traditionnel « qui a bu, boira ». Il est aussi fréquemment réduit à une présumée *mauvaise foi* et à des réticences à parler de ses troubles ou de lui-même, rapidement résumées sous le nom générique de déni.

La situation du soigné sera envisagée dans cet article, à travers ses possibles difficultés à communiquer et à investir le support de la parole, à la lumière de diverses références complémentaires neurocognitives (de négligence, d'anosognosie, d'apathie...) ou psychodynamiques (d'apsychognosie, d'alexithymie, d'altération de lecture de l'esprit de la théorie de l'esprit), délimitant ainsi en négatif les contours de la notion classique de déni en alcoologie.

Après avoir passé en revue la diversité des formes du déni, de ses présentations et de ses registres, le texte envisagera les fonctions de cette négation, la considérant essentiellement en alcoologie comme une dénégation, plutôt que comme un déni.

L'objectif de cette revue théorique est de proposer aux soignants de faire-avec et de s'adapter, plutôt que de simplement lutter contre. Enfin, et en contrepoint, la question du déni des soignants sera considérée comme une alternative présente, voire prédominante.

**Mots-clés :** Alcool ; mésusage ; trouble lié à l'usage d'alcool ; déni ; soignants

### Denial in alcoholology, along a pass of what denial is not

#### Abstract

Alcoholic patient is often dreaded thanks to the repetition of his conducts, with reference to the traditional "who's been drinking, will drink again". He is also being limited to a presupposed *dishonesty*, or reduced to his difficulties to talk about his disturbances, his confusion or even simply to his reluctance to talk about himself. Too quickly, one's may shut the patient up to the generic "in denial".

The situation of to be taking care of person will be considered in this paper through possible difficulties to communicate and/or difficulties to count on the support of language, since there are various neurocognitive additional symptoms (neglect, anosognosia, apathy...) or psychodynamic signs (of apsynosy, alexithymia, mind-reading impairment of the theory of mind), thus resulting into even more negative limitations than the useful edges of the classical concept of denial found in alcoholology field.

After reviewing the diversity of what forms denial can reveal, what ways it may take, the text will consider the functions of this negation (in French *deneqation*), with the accent put on focusing denial in the alcoholology field as a negation, rather than a denial.

The aim of this theoretical review is to suggest to caregivers to compose with it and to take it into account, rather than to fight against it. At least, and to balance the reflection, the question of caregivers' denial, or negation, will be considered as an accurate, even prevailing, alternative key for analysis.

**Keywords:** Alcohol ; misuse ; alcohol use disorder ; denial ; caretakers.

## La negación en alcoholología, a través de lo que no es

### Resumen

Se teme a menudo que el enfermo alcohólico repita sus conductas, como lo demuestra el dicho “quien bebió, beberá”. Se lo reduce también con frecuencia a una supuesta *mala fe* y a presentar reticencias a hablar de sus problemas o de sí mismo, lo que se resume rápidamente bajo el nombre genérico de negación.

En este artículo se considera la situación del paciente, a través de sus posibles dificultades para comunicarse y dedicar el apoyo de la palabra, a la luz de diferentes referencias complementarias neurocognitivas (de negligencia, de anosognosia, de apatía...) o psicodinámicas (de psicognosia, de alexitimia, de alteración de lectura del espíritu de la teoría del espíritu), delimitando así en negativo los contornos de la noción clásica de negación en alcoholología.

Luego de haber pasado en revista las diversas formas de la negación, de sus presentaciones y de sus registros, el texto encarará las funciones de esta negación, considerándola esencialmente en alcoholología como una denegación más que como una negación.

El objetivo de esta revisión teórica es el de proponer al personal sanitario de componer con el hecho y adaptarse más que simplemente luchar contra el mismo. Finalmente, y en contrapartida, la cuestión de la negación del personal sanitario se considerará como una alternativa actualmente predominante.

**Palabras clave:** alcohol, mal uso, problema ligado al consumo de alcohol, negación, personal sanitario.

### Introduction

La question théorique du déni en alcoologie est souvent invoquée lors de formations ou dans les échanges entre professionnels de santé. Elle nous est apparue tellement éloignée de la pratique clinique auprès de sujets relevant de troubles liés à l'usage d'alcool, que prendre un temps pour repenser ce point particulier et fondamental de l'alcoologie nous a semblé indispensable.

Rencontrant au quotidien depuis plusieurs décennies des malades de l'alcool en milieu hospitalier, y compris dans les suites immédiates ou différées d'intoxications éthyliques aiguës (d'ivresses – Menecier et al., 2009; Rotheval et al., 2009), la négation des troubles est exceptionnelle. Cette rareté suppose que les conditions de la rencontre et l'abord de la personne concernée soient un minimum adaptés, respectueux et empathiques. Par contre la négation, sous une appellation générique de déni, apparaît souvent énoncée et redoutée par les professionnels de santé.

Le déni, si souvent invoqué en alcoologie, est-il une réalité inhérente à la présentation d'un sujet relevant de trouble lié à l'usage d'alcool, c'est-à-dire est-il une émanation du soigné? Ou à l'inverse, ne peut-on pas l'envisager comme une construction soignante, une rationalisation convaincante (et évitante) afin de ne pas entrer en relation avec des malades de l'alcool perçus comme déroutants, tels qu'ils semblent apparaître à de nombreux soignants.

Et si le déni n'existait que dans les craintes ou les constructions de professionnels de santé, en difficulté dans leur exercice clinique avec des sujets mésusant d'alcool? C'est le parti pris caricatural, voire extrême, que nous avons retenu pour proposer un point de vue synthétique sur la question du déni ou plutôt de la dénégation dans les soins aux personnes relevant de troubles liés à l'usage d'alcool.

### Généralités, aspects théoriques

Pour aborder ce sujet et soulignant l'importance du choix des mots, un glossaire des principaux termes désignant les concepts envisagés et leur traduction américaine est proposé au Tableau 1. Il s'agit de correspondance de termes selon les définitions précisées au fil du texte, mais pas de rapprochements entre concepts ou théories. Il ne semble pas pouvoir exister de variation des désignations francophones entre Europe et Amérique du Nord, pour des termes choisis et définis par leurs auteurs, soit en français, soit avec des traductions consensuelles.

### Des difficultés à communiquer avec l'alcoolique

«Les alcooliques, ça ne me dit rien» (Chassaing, 2010; Clavreul, 1987; De Mijolla et Shentoub, 1973). Au-delà du jeu de mots et derrière cette phrase prise au premier degré, sortie de son contexte et du questionnement sur l'abord psychanalytique des alcooliques, plusieurs développements peuvent être considérés. Ce n'est pas parce qu'un sujet en difficulté avec l'alcool s'exprime peu ou ne dit rien, qu'il n'en pense pas moins. Et si son expression est faible, il convient de se méfier des raccourcis qui en feraient trop rapidement un négligent, un idiot ou même un dément. Plus immédiatement, s'il ne parle pas autant ni comme on le voudrait, peut-être n'est-ce pas parce qu'il ne le veut pas, mais parce qu'il ne le peut pas. C'est peut-être là pourquoi il s'alcoolise...

Les origines d'un discours faible, voire inaudible, même sur sollicitation, des sujets relevant de troubles liés à l'usage d'alcool peuvent être multiples, diversement nommées selon les référentiels, autorisant un rapprochement de vues psychopathologiques et addictologiques, neuroanatomiques ou psycho-dynamiques. En regard de l'apparente méconnaissance de leurs troubles, de la négligence

supposée devant une faible expression des sujets, diverses hypothèses apparaissent autour de la négation de la question par celle ou celui qui en relève, dans divers registres allant de l'anosognosie au déni (Desrouesné, 2009).

Envisageant l'éventail des différents concepts qui ont pu être convoqués à propos de cette apparente négation du trouble par le supposé malade, diverses catégorisations sont envisageables entre abords neurologiques ou psychodynamiques, parmi lesquelles nous aborderons d'abord ce qui les distingue du seul déni.

### **Versant neurologique d'une négation**

Les notions générales de **méconnaissance** ou de **négligence** ont de multiples acceptions ou références théoriques, rendant difficile leur compréhension immédiate sans précisions. Pour la négligence par exemple, le panel est large depuis son sens neurologique initial (de négligence spatiale chez les cérébrolésés – Desrouesné, 2009) jusqu'à la notion de défaut d'attention ou de soins, de violence ou de maltraitance sans force, remise en exergue après la canicule de 2003 en France (Fiat, 2004). À l'extrême, la méconnaissance ou la négligence de soi se retrouvent lors d'atteintes cognitives avérées dites démentielles : c'est-à-dire lors d'atteintes de maladies d'Alzheimer ou pathologies apparentées (hors part alcoolique). Cela concerne autant des formes de démences dites corticales (touchant les fonctions instrumentales puis se globalisant), que des atteintes plus spécifiques dites sous-corticales (avec ralentissement idéomoteur et profils neuropsychologiques spécifiques, conservant certaines aptitudes cognitives), même si elles sont moins facilement identifiées. Quant aux démences alcooliques (ainsi nommées par défaut), dont certaines formes ne sont pas aussi irréversibles que le voudraient des descriptions anciennes (Menecier et al., 2006), elles surajoutent un niveau de complexité, pour peu que l'on envisage l'alcool comme cause, comme facteur de révélation précoce ou comme facteur d'aggravation des diverses atteintes cognitives, y compris lors de la maladie d'Alzheimer (Harwood et al., 2010).

**L'anosognosie** est notamment retrouvée autour de maladies d'Alzheimer et apparentées ou lors de certains troubles psychotiques. Elle est envisagée comme une absence de reconnaissance de la maladie ou des troubles (De Timary, Ogez, Van den Bosch, Starkel et Toussaint, 2007). Envisagé comme une négation ou une méconnaissance, selon son caractère total ou partiel, d'un déficit moteur dans sa définition initiale (Desrouesné, 2009 ; Seron et Van der Linden, 2000), son emploi peut être étendu au domaine neurologique et cognitif.

Ensuite, il convient ne pas oublier **l'apathie**, les troubles de la motivation ou de la conation, présents dans la dépression ou les démences, mais que l'on peut aussi rencontrer en dehors (Hazif-Thomas et Thomas, 2014 ; Thomas et Hazif-Thomas, 2008). Expression négative de troubles exécutifs et reflet d'une hypofrontalité, sa grande fréquence en association à des troubles addictifs et surtout avec l'alcool doit être connue (Danel, Karila et Mézerette, 2007).

Les notions moins précises de **régression** (narcissique), de désadaptation psychomotrice, pas seulement réservées aux circonstances de suites de chutes de sujets âgés, peuvent aussi être envisagées (Saunière et al., 2003). Il en est de même pour les éléments constitutifs de la dépression, avec parfois des objectivations en neuroimagerie, tels que l'aboulie, l'inhibition psychomotrice, l'apragmatisme.

À l'extrême et à l'évidence, avant de parler de négation, il conviendra enfin d'avoir écarté toutes les atteintes sensorielles profondes avec désafférentation secondaire ; toutes les situations somatiques

instables, où les premières préoccupations sont ailleurs, comme lors de douleurs chroniques envahissantes par exemple. Il en va de même pour tous les troubles de la vigilance quelle qu'en soit l'origine, y compris lors de prise de médicaments psychotropes ou de prise d'alcool, dans leurs effets immédiats (d'intoxication aiguë). Enfin, cela concerne aussi en dehors du champ sanitaire, les conséquences psychologiques de la désafférentation sociale, envisagée à l'extrême pour les exclus, peuvent apparaître dans des tableaux d'allure déficitaire aux origines multiples (Fieulaine, Apostolidis et Olivetto, 2006; Maisondieu, 1997).

### **Versant psychodynamique d'une négation**

Au-delà des notions d'inspiration neurologique, avec éventuels supports neuroanatomiques, il convient d'envisager certains concepts spécifiques, d'apparence psychodynamiques, classiquement convoqués en alcoologie. Ils sont régulièrement envisagés « devant les difficultés qu'ont les patients à communiquer en mettant en mots leurs souffrance » (Descombey, 2004a). Dans l'abord des difficultés d'expression et de communication des malades de l'alcool, leur proximité clinique avec le déni a été soulignée (Boulze, Launay et Bruere-Dawson, 2008a; Moins, 2010). Leur rapprochement veillera cependant à ne pas de tout vouloir amalgamer au risque de confondre les registres.

**L'apsychognosie** initialement décrite par P Fouquet, comme un « état psychopathologique spécifique résultant de l'action lytique de l'alcool sur le cerveau » (Fouquet, 1963), est liée à une surconsommation régulière d'alcool. Elle est dominée par un trouble de la conscience réflexive de soi, et surtout, apparaît réversible même après des années d'alcoolisation. Dès sa description initiale, P Fouquet situait cette notion nouvelle entre « deux manifestations classiques et extrêmes de l'alcoolisme : [...] l'ivresse [...] et l'encéphalopathie alcoolique avec état démentiel » (Fouquet, 1963), précisant la nécessité de distinguer les manifestations de l'ivresse de la psychopathologie de l'alcoolisme. Ni apparentée à un syndrome démentiel ni à un syndrome confusionnel, cette négligence du fait psychique, s'exprime selon des modalités individuelles Elle a été précisée comme pouvant être « colorée par les éléments propres de la personnalité de chacun » (Boulze, Launay et Bruere-Dawson, 2008a). C'est-à-dire qu'elle peut prendre des apparences variables selon le profil de personnalité de chaque malade de l'alcool. Source d'explication des divers problèmes théoriques posés par l'alcoolisme, notamment du déni (Moins, 2010), l'apsychognosie a aussi été rapprochée de la pensée opératoire et de l'alexithymie. Elle est associée à une asomatognosie (méconnaissance de son corps), une anosognosie (méconnaissance de sa maladie somatique ou psychique) et une athanatognosie (méconnaissance de sa propre mort, « accélérée par lui-même » - Descombey, 1994; Fouquet, 1963).

**La pensée (ou fonctionnement) opératoire** (Marty, 1990), décrite comme une considération factuelle des éléments de vie, des symptômes, envisagés comme des choses (Descombey, 1985; Pirlot, 2008). Considérée comme une « pensée consciente [...], sans lien avec une activité phantasmatique [...], double et illustre l'action [...] dans un champ temporel limité » (Marty et M'Uzan, 1963), la pensée opératoire semble se compléter dans le concept d'alexithymie (Landron, Defontaine-Catteau, Bedoret, Henniaux et Chasseguet-Smirgel, 1999), sans pour autant être confondue (Fortier, 1988). **L'alexithymie**, incapacité ou grande difficulté à l'expression verbale des émotions (Farges et Farges, 2002) est le concept le plus souvent retrouvé actuellement (Boulze, Launay et Bruere-Dawson, 2008a). Il convient de la distinguer de la dépression (Farges et Farges, 2002), même si elle peut en être un des éléments. Une approche neuropsychologique a voulu la relier à un défaut de transfert d'information interhémisphérique (Seron et Van der Linden, 2000).

**Les altérations de la lecture de l'esprit**, dans le cadre de la plus récente notion de théorie de l'esprit (*theory of mind* : TOM) constituent une alternative parfois avancée. Cette alternative concerne la possibilité d'inférer des états mentaux à autrui ou à soi-même, mais aussi de les comprendre : c'est-à-dire imputer des représentations mentales sur ce que l'on pense ou ce que pensent les autres (Seron et Van der Linden, 2000). Envisagée ici dans sa dimension réflexive, de regard sur soi-même, cette approche intègre une notion de lecture de l'esprit (*mind-reading*), qui peut être totalement altérée (cécité mentale – *mind-blindness*), ou partiellement altérée, renvoyant à la précédente notion de négligence (Georgieff, 2005a ; 2005b). Ce regard porté sur les déficits cognitifs de l'alcoolisme et de la cognition sociale considère la négligence comme un déficit de théorie de l'esprit (et de l'empathie réflexive ou autoempathie – Georgieff, 2008), secondaire à une atteinte du cortex préfrontal (Uekermann et Daum, 2008). Cette approche constitue une nouvelle conception de la négligence que P. Fouquet envisageait dès sa description initiale de l'apsychognosie (Fouquet, 1963).

Dans un registre proche, il est possible de reconsidérer la notion complexe de **faible insight** (ou de faible capacité d'*insight*), au sens littéral de défaut de vision intérieure, d'introspection (Derouesné, 2009), de défaut de perception et de conscience de son propre trouble (Bourgeois, 2002). Envisagé en psychiatrie (Jaafari et Markova, 2011) ou en addictologie (De Souza, Romo, Excoffier et Guichard, 2011), l'*insight* se rapproche de la conscience de soi et des théories de l'esprit (Bourgeois, 2002). De multiples définitions et échelles d'évaluation de l'*insight* existent (Jaafari et Markova, 2011), rendant complexe la délimitation de la notion de faible *insight*, elle-même rapprochée de l'anosognosie, du déni, de la dénégation, de la méconnaissance, de la négligence, eux aussi parfois abordés distinctement entre addictologie et psychiatrie. (Bourgeois, 2002 ; Jaafari et Markova, 2011). Une certaine limite nosographique, à vouloir délimiter des concepts et préciser leurs appellations, semble atteinte ici.

### Au-delà de l'inventaire de concepts

Les rapprochements faits ne constituent pas qu'un inventaire à la Prévert, un fourre-tout sans logique ni cohérence, ni même un mélange irrfléchi de champs épistémologiques variés, pas toujours miscibles. À l'inverse, l'individualisation de chacune de ces notions, leurs distinctions, mais aussi leur mise en perspective sont utiles (De Timary, Ogez, Van den Bosch, Starkel et Toussaint, 2007), pour ne pas appeler démence alcoolique ou Korsakov, toute altération apparemment cognitive (Boulze, 2008b). Ce travail est aussi utile pour ne pas non plus se retrancher derrière une éventuelle incapacité à communiquer du sujet en difficulté avec l'alcool, autorisant de fait le soignant à désinvestir la relation. La majorité des situations énumérées sont le plus souvent fonctionnelles et potentiellement régressives, plutôt que figées dans le temps. Leur nombre plutôt qu'un obstacle, participe à éviter les raccourcis diagnostiques, sources de défaitisme des soignants. Surtout, ce listing délimite en négatif, les contours du déni, à travers ce qu'il n'est déjà pas.

### Après avoir écarté ce qui ne serait pas du déni

#### Quelle place pour le déni en alcoologie

Au-delà du panorama de concepts alternatifs au seul déni, il est possible d'aborder ce que peut être le déni (la dénégation). Nous proposons même de considérer la question des dénis, tant leurs présentations, leurs origines et leurs évolutions peuvent varier, sans pouvoir être réduites en une seule entité globalisante.

## Déni en alcoologie

Dans une appellation générique, le déni a heureusement succédé en tentant de remplacer par une notion générale de négation, toutes les dénominations de « mauvaise foi de l'alcoolique » (Osterman et Rigaud, 2001 ; Rueff, 1995), de mensonge... En alcoologie, le buveur si souvent qualifié par une *mauvaise foi*, sa dissimulation des troubles à des soignants qui pourraient l'en soulager, devrait accepter de se confier : d'avouer. « L'alcoolisme est une des rares maladies que le malade cache à son médecin » (Gache, 2000), alors que la question est plus complexe que cette idée prise au premier degré.

Apparemment simple à concevoir, le déni est complexe à délimiter en quelques mots. Il est controversé dans sa définition et même dans son existence. L'aborder par tout ce qu'il n'est *a priori* pas, est un mode d'approche par défaut, pouvant permettre de cheminer jusqu'à se demander si le déni n'existait que dans les craintes des soignants ? Cette hypothèse a déjà été avancée en envisageant le déni comme un « fourre-tout qui souligne l'impuissance des soignants face au patient » (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006). Le recours au déni dans le langage soignant, désigne selon I. Belz-Celia (2013) ce qui, chez le patient, lui ferait refuser de se raconter, d'« avouer » (son alcoolisme), comme une forme de rationalisation projective face à un ressenti d'impuissance des professionnels et d'impasse relationnelle (Belz-Ceria, 2013 ; Gangner et Rocher 2003).

### Le déni

Le déni regroupe tous les mécanismes de défense, de minimisation, de rationalisation, d'évitement ou d'occultation d'une réalité tangible par le discours d'un sujet. « Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi » (Ionescu, Jacquet et Lhote, 2012), rappelant l'ancrage initial de ce terme dans le vocabulaire de la psychanalyse. Le déni a été envisagé comme une conception psychopathologique de la méconnaissance (Derouesné, 2009), il en existe de multiples définitions, variables entre psychiatrie (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006) et alcoologie (Zellner et Labrune, 1999). Initialement, mode de défense selon Freud « consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante », le déni ne porte pas seulement « sur une perception externe (scotomisation)... » (Descombey, 1994 ; Laplanche et Pontalis, 1967). La scotomisation, tache aveugle, fait référence à l'autoanalyse de Freud, où une lacune à propos des rapports entre l'homme et les toxiques dans son œuvre est rapprochée à l'absence de considération de ses propres addictions (cocaïne, tabac - Descombey, 2004b). La dimension protectrice du déni l'inscrit parmi les mécanismes de défense, tout en devant le distinguer d'autres mécanismes parfois rapprochés : refoulement, forclusion, ... (Ionescu, Jacquet et Lhote, 2012).

Initialement apparenté à un mécanisme psychotique, sans devoir être réservé à son seul champ (Ionescu, Jacquet et Lhote, 2012), il s'oppose, toujours selon Freud, au refoulement névrotique dont la dénégation serait le reflet (Descombey, 1994). Le déni en alcoologie a aussi été envisagé comme un clivage du moi (De Mijolla et Shentoub, 1973), entre un secteur non alcoolique (« de fonctionnement commun, névrotique ») et un secteur alcoolique (« où s'opère, facilitée et accrue par l'alcool, la confusion du dehors et du dedans, du subjectif et de l'objectif, du passé et du présent » – Descombey, 1994). Une telle représentation de la partition du moi est ainsi énoncée par différents auteurs, rejoignant les débats toujours ouverts sur l'existence ou non d'organisation psychique spécifique, voire de personnalité alcoolique ou préalcoolique (Boulze, 2011), avec notamment la notion de « part alcoolique du soi » (Monjauze, 2011).

Le déni a ensuite vu ses définitions et ses champs d'application se multiplier au-delà de la psychanalyse. Si une définition psychiatrique demeure autour « d'un phénomène de refus de prendre



en compte une part de la réalité externe inacceptable» (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006), plusieurs formes ont été voulues être précisées Chacune de ces sous-catégorisations relève «d'élaborations psychopathologiques multiples» : psychose, paranoïa, hystérie, perversion ... (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006; Ionescu, Jacquet et Lhote, 2012; Perrier, 1975). Des formes de déni névrotique (ou mineur) ont aussi été proposées (Perry, Guelfi, Despland et Hanin, 2004), dans une approche empirique des mécanismes de défense, au-delà des rattachements théoriques initiaux.

Le déni a pu être envisagé comme un symptôme psychiatrique individuel, mais aussi comme un élément inscrit dans la dynamique familiale et groupale autour de l'alcoolique (Zellner et Labrune, 1999). Le déni alors envisagé collectivement, peut recouper les notions de pacte dénégatif (envisagé comme *contreface du contrat narcissique* – Aulagnier, 1975; Kaes, 1989), d'alliance dénégatrice (Couchoud, 2002), de communauté de déni (Kaes, 1989), qui peuvent concerner un individu ou une institution. «Un tel pacte soutient le lien par l'accord inconscient conclu entre ses sujets sur le refoulement, le déni, le rejet des motions insoutenables motivées par le lien» comme cela a été souligné (Kaes, 1989). Ce pacte sur le négatif, «organisateur et défensif» (Kaes, 1989), peut être imaginé parmi des groupes de buveurs, mais aussi être envisagé entre les soignants. Il souligne la possibilité d'organisations non conscientisées entre professionnels ou familiaux, autour de l'alcoolique.

### La dénégation

La distinction est essentielle entre déni et dénégation ou négation selon les traductions des écrits de Freud, (Laplanche et Pontalis, 1967), qui apparaît comme une atténuation du déni. Le déni relèverait plutôt de défense massive et archaïque, alors que la dénégation serait un mécanisme plus nuancé (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006), dans leurs approches psychanalytiques. «La dénégation qui donne l'impression à l'observateur d'amputer une partie de la pensée du sujet, correspond à une occultation de l'esprit» (Le Gouès, 2000). Dans ce registre, sans être absente ni annihilée, la pensée du sujet est inapparente, inaccessible au tiers qu'est le soignant. La dénégation est un mécanisme de défense actif tout au fil de la vie, de manière variable selon les personnalités, rappelant les propos d'I. Bouzès sur l'apsychognosie (Bouzès, Launay et Bruere-Dawson, 2008a).

L'alcoologie puis l'addictologie semblent préférer le terme de dénégation (Clavreul, 1987; Malka, 1983), à laquelle recourt le sujet s'alcoolisant, qui dans une forme de «pudeur» (Craplet, 2003) passera sous silence divers éléments (Perea, 2002), sans vraiment y croire, plutôt qu'à celui de déni, comme une conviction ancrée à laquelle il adhérerait fortement. M. Craplet a développé la notion de «pudeur» face à la honte ou la culpabilité du buveur, secondaires à des troubles du comportement sous l'emprise de l'alcool, face à l'obscénité de médecins cherchant à faire avouer combien et comment il boit... (Craplet, 2003). Cela même si les distinctions nécessaires entre honte et culpabilité en alcoologie méritent d'être précisées (Geneste et Plane 1999; Monjauze, 2011). L'hypothèse que le déni peut servir à éviter la honte a été soulignée par Monjauze (2011). Ainsi peut-on toujours s'interroger sur le statut du déni : «est-il pudeur, mensonge ou méconnaissance?» (Perea, 2002).

J. Clavreul insistait sur le risque d'erreur à attribuer à la honte ou au refus de changer la dénégation de l'alcoolique (Clavreul, 1987), alors qu'il y voit une ébauche de relation dialectisée, une ébauche d'interprétation et de symbolisation. Pour cet auteur, la dénégation peut même donner un sens à la consultation avec l'alcoolique (Clavreul, 1987). Cependant, dans une approche psychanalytique postérieure, J.-P. Descombey a voulu souligner le mésusage d'emploi et la non-pertinence de la

## Déni en alcoologie

dénégation dans la clinique de l'alcoolisme, rappelant que dans la théorie freudienne la notion de dénégation est solidaire de celle de refoulement (Descombey, 1994). Cet auteur a alors introduit le terme de pseudodénégation : « S'il ne s'agit ni de dévoilement partiel du refoulé, ni de refoulement partiel au sens classique, ni des avatars du retour du refoulé comme les symptômes, les rêves..., de quoi s'agit-il avec cette négation ? » (Descombey, 1994). Les nuances apportées selon les auteurs, les secteurs du soin, les périodes de l'histoire de la psychanalyse ou de l'alcoologie, voire les continents, ont pu complexifier la reconnaissance et la diffusion du terme de dénégation, au profit de la plus simple appellation de déni.

### Les dénis

Curieusement (ou pas), la littérature semble distinguer (avec une ignorance mutuelle), déni en psychiatrie et déni en alcoologie. Le déni de l'alcoolique est une notion qui peut sembler ubiquitaire dès que l'on échange entre soignants ou à l'écoute des entourages (Levivier, Casanova, Perea et Ceria, 2011). Mais paradoxalement, il est assez peu abordé dans la littérature spécifique ni dans les traités d'alcoologie puis d'addictologie, si ce n'est parfois sous des formes proches (et atténuées) d'ambivalence, de dissimulation ou de minimisation, de caractère défensif, de résistance au changement et même d'absence de désir de changer !

En premier lieu, F. Perrier a envisagé le déni de l'alcoolique comme un « déni de soi donné à soi-même » (Perrier, 1975). Puis, le déni a été précisé selon diverses formes ou dimensions en alcoologie (Zellner et Labrune, 1999) : déni de la consommation d'alcool, déni de la quantité d'alcool absorbée (« je bois comme tout le monde ou comme vous et moi »), déni de la maladie alcoolique (et de ses atteintes somatiques ou psychiques), déni de la dépendance alcoolique (« je peux m'arrêter quand je veux » – Maisondieu, 1992), déni du fonctionnement psychique (apsychognosie – Fouquet, 1963)... Enfin, non seulement individuel, le déni peut aussi être collectif (en référence aux communautés de déni - Kaes, 1989). Surtout, le déni a été envisagé comme constitutif et symptomatique de la maladie alcoolique, qui l'aurait en quelque sorte intégré. Il peut même en constituer un indice fort du diagnostic positif (Veissière, 2001). À l'opposé et en son absence, un aveu trop direct et massif d'une dépendance alcoolique, a pu faire proposer aux cliniciens de s'interroger sur la réalité même du trouble lié à l'usage d'alcool (Osterman et Rigaud, 2001).

Le déni en alcoologie a aussi voulu être quantifié, détaillé en stades par des échelles (Goldsmith et Green, 1988). Il peut s'étaler depuis « je ne bois pas d'alcool », à « je peux me débrouiller seul », au fil de la reconnaissance du trouble addictif, jusqu'à l'acceptation passive, puis la participation active à des soins. Théorisé en étapes ou en stades, il rétrocèderait au fil des soins, avec une apparente proximité avec les stades du changement (Prochaska et DiClemente, 1982 ; Rahioui, 2006). Dans ce rapprochement, il se s'effacerait avec des soins comme « un symptôme constitutif de l'alcoolisme » qui rétrocède (Charon et Van Woensel, 2000).

Inversement le rôle protecteur du déni en tant que défense, plutôt que comme entrave aux soins, sous-tend d'autres approches thérapeutiques décentrées de sa seule disparition. Ces alternatives sont essentielles à concevoir entre : accompagnement, soutien, réduction des risques ou des méfaits, adaptations des objectifs thérapeutiques aux souhaits du patient et pas seulement aux désirs des soignants, remettant partiellement en cause l'hégémonie de l'abstinence alcoolique (Menecier, Verny, Fernandez et Ploton, 2016).

L'analogie ou la référence aux modèles transthéoriques de la disposition au changement et de ses stades selon Prochaska et DiClemente (1982) n'est pas toujours envisagée, ni explicitée (Csillik,

2012). Ce rapprochement d'aspect transgressif, est cependant possible, reflétant la variabilité des référentiels utilisés. Au fil des années et des théories prééminentes dans le domaine, depuis les inspirations psychanalytiques (surtout en Europe, même si elles sont moins présentes depuis quelques années) jusqu'aux références cognitivo-comportementales (émergentes voire dominantes actuellement), il est possible de remarquer que la place du déni dans les écrits se restreint jusqu'à disparaître au profit de la motivation et des stades de changement. Le déni aurait-il été éradiqué par l'entretien motivationnel ? Plus simplement doit-il s'effacer au profit de la motivation et des stades de changements ? Hormis le caractère positif de cette seconde approche (plutôt que la négativité du déni), cette évolution peut autant relever de glissements théoriques que de variabilité à des références valorisées, pouvant aller jusqu'à dénier le déni, négliger la négligence !

### **Les fonctions du déni (et de la dénégation)**

La dénégation, ou plus génériquement le déni, peut autant relever d'un mouvement défensif vis-à-vis d'un processus interne que de riposte aux messages venant d'autrui (Descombey, 1994). Dans le second registre, la confrontation directe des propos du patient avec des faits objectifs le contredisant augmente avant tout les résistances au changement (Charon et Van Woensel, 2000). Ainsi les stratégies cliniques d'approches et de réponses au déni, ne passent pas par un rapport de force, perdu d'avance, mais par d'autres alternatives. L'enjeu est alors moins la victoire du soignant à faire céder l'autre et à faire avouer le mésusage d'alcool (déjà connu) que l'ébauche d'une possible alliance thérapeutique, sans rapport de force ni ruse, afin de déjouer une présupposée perfidie de l'alcoolique.

Par son déni, le soigné est réputé occulter les signes de sa pathologie et de ce fait limiter l'action des soignants qui ne peuvent le reconnaître comme redevable d'intervention (Parette, Hourcade et Parette, 1990). Cette approche renvoie la responsabilité du défaut de soin à un malade qui ne le demande pas assez explicitement et qui ne facilite pas la tâche des professionnels. Elle reflète une vision archaïque de la relation soignant-soigné, où prédomine la projection sur le soigné de la responsabilité des difficultés du soignant. À la honte souvent ressentie par le soigné méusant d'alcool (Maisondieu, 1992), peut ainsi se surajouter la culpabilité de compliquer la tâche du soignant (Geneste et Plane 1999).

Du côté des soignants, l'invocation du déni des soignés a pu aussi être envisagée comme « une sorte de sauvetage qui enferme : une tentative de nommer, d'inscrire dans le discours, quelque chose qui résiste à y entrer » (Belz-Ceria, 2013). Cette auteure souligne la rareté en alcoologie du déni tel que formulé par la psychanalyse. Elle s'interroge sur « l'énigme du déni à tout-va, qui prend une place stérilisante » dans le discours et les actions des professionnels de santé. Le déni arriverait lorsque le discours des soignés n'est pas conforme à l'attendu, face au défaut d'aveu de l'alcoolisme, « c'est-à-dire qu'il énonce ce que l'on sait déjà ». Le déni apparaît alors « comme une bouée de sauvetage, pour parler de ce que le patient ne dit pas » (Belz-Ceria, 2013).

### **Les conséquences du déni dans les soins**

Dans la particularité du soin avec un patient qui présente des conduites addictives, « la relation de soin est traversée, par le doute sur la parole et la volonté du sujet rencontré. Cette défiance dégrade le cadre de soin et les possibilités thérapeutiques » (Reyre et al., 2010). Ce contexte d'incertitude fragilise le cadre thérapeutique et bride les possibilités d'une relation de soin. Face à cela, « créer un climat de confiance pour favoriser l'émergence d'une alliance thérapeutique » (Rigaud, 2006), est une perspective qui ne peut pas naître de la confrontation, mais que cet auteur propose de faire

## Déni en alcoologie

émerger d'une avance de la parole (Osterman, 2001), comme une approche alterne à l'entretien motivationnel.

Quels que soient les registres considérés, les conséquences du déni et de ses formes sur la relation de soin sont multiples. Le déni semble déjà altérer la relation de soin et même plus simplement remettre en cause la possibilité d'échange verbal. Il empêcherait le soigné de se livrer complètement au soignant, en n'acceptant pas de se dévoiler d'entièrement. Ainsi le patient ne se soumettrait pas autant que souhaité, dans une forme d'emprise à laquelle il devrait adhérer (Menecier, Plattier, Rotheval et Ploton, 2016). Cette attente peut être considérée comme particulièrement paradoxale dans le domaine des addictions, où le soin cherche inversement à favoriser et développer l'autonomie, la diminution de la dépendance (au moins à l'alcool), et une libération mainte fois théorisée.

Le déni en alcoologie concerne un malade qualifié de « pas comme les autres » (Ancel et Gaussoit, 1998; Clavreul, 1971). Il est différent des autres malades, de par sa maladie qui a même été considérée comme chimérique (Maisondieu, 2004) pour ne pas simplement rappeler qu'elle est autoinfligée comme certains auteurs ont pu la qualifier (Saunders, Hawton, Fortune et Farrell, 2012). Autant de raisons pour que les soignants se détournent de ces situations. Le déni surajoute alors, de par sa réalité ou son invocation, une raison supplémentaire pour ne pas s'occuper des alcooliques, et ainsi compliquer leur accès au soin, renforcer le défaut de traitement : le *treatment-gap* en alcoologie (Kohn, Saxena, Levav et Saraceno, 2004).

Si le déni à un caractère protecteur pour le soigné, son recours n'a rien de traumatisant ni de délétère pour le soignant. Le déni défensif, naît de l'interaction avec le soignant : il naît donc de la manière avec laquelle le professionnel aborde le malade (ainsi désigné). Dans cette approche, plutôt qu'une production du soigné, le déni est d'abord induit par le soignant, qui le crée. Mais alors pourquoi est-il tant redouté par celui même qui le génère ? Une part d'explication peut provenir d'une considération différente de la place du déni et de sa fonction pour le professionnel. Plutôt qu'être craint par les agents, le déni peut être envisagé dans le discours soignant comme une incantation, une forme de prophétie autoréalisatrice, afin de permettre aux soignants de s'exonérer de la charge du soin avec un malade complexe comme le sujet mésusant d'alcool. Cette hypothèse est d'autant plus envisageable que le malade de l'alcool (parmi d'autres malades), a une grande capacité à se conformer à l'image et à la représentation que l'on se fait de lui. Se comportant comme on le regarde ou comme on le suppose, ne peut-il pas développer toute la négation de ses conduites qu'on lui attribue par excès, simplement parce qu'on l'en affuble ?

Même d'allure excessive et non étayée, une telle éventualité ne peut pas être exclue. Elle ne se veut pas simplement culpabilisante pour le professionnel, rappelant son origine a priori inconsciente, sans immédiate intentionnalité de nuire. Cette hypothèse peut cependant permettre de repenser autrement les soins en alcoologie, remettant en cause la place excessive du déni chez les soignants. Même provocatrice, cette conception ne veut pas non plus oublier (ni dénier) la dimension protectrice du déni pour un sujet en souffrance avec l'alcool.

### Exemple illustratif issu de la pratique clinique

La place de la dénégation dans la rencontre avec des sujets relevant de troubles liés à l'usage d'alcool, ne nous semble pas essentielle en clinique. Surtout elle nous apparaît moins présente chez les soignés lorsque l'abord soignant est adéquat, qu'elle n'apparaît dans le discours de professionnels

## Déni en alcoologie

en quête de raisons pour éviter une question de santé atypique et déroutante comme celle des addictions (Menecier, 2015).

Ce point de vue précédemment développé sur un plan théorique, s'illustre dans nos pratiques, autant que nos pratiques se développent sur ces partis pris. L'aller-retour permanent entre repères théoriques issus de la formation initiale ou continue et l'expérience clinique développée avec les malades, nous semble à la base d'une recherche clinique telle que nous l'envisageons. Dans cette approche, il ne nous semble jamais possible de préciser laquelle des deux parties inspire prioritairement l'autre. Il s'agit plutôt d'une synergie intégrative au service des pratiques, des réflexions sur les pratiques et des conceptualisations théoriques.

Une procédure de rencontre systématique, proposée au lendemain d'hospitalisations pour intoxications éthyliques aiguës (IEA) est en place dans le Centre Hospitalier depuis 18 ans (Menecier et al., 1998). Nous avons pu recueillir, au fil des pratiques comme de recherches, une riche matière autour de rencontres en alcoologie (Menecier et al., 2008; Menecier et al., 2009; Menecier, Debatty, Menecier-Ossia, Simonin et Ploton, 2012). Ces rencontres proposées, ont la particularité de ne pas seulement émaner d'une demande du sujet, mais participent à une forme « d'aller vers ». Dans ce contexte, la question du déni pourrait être prépondérante, mais l'analyse des données recueillies prospectivement à l'issue de chaque rencontre, ne retrouve que très peu de réticences à parler d'alcool. Elles ne font qu'exceptionnellement référence au déni, aussi bien lors d'une analyse rétrospective des données (Menecier et al., 1998), qu'une analyse prospective sur un an (Menecier et al., 2008; 2009), ou sur 10 ans (Menecier, Debatty, Menecier-Ossia, Simonin et Ploton, 2012).

Même si le déni du patient est souvent considéré comme un obstacle à la relation de soin, et se retrouve régulièrement mis en avant par des tiers, dans notre expérience il ne fait pas barrage à la rencontre. Les patients sont loin d'être tous dans un déni total (où ils nieraient tout en bloc) et le déni de l'alcool, se rencontre assez peu. La dénégation apparaît peut-être davantage si une recherche d'aveux, ou d'objectivation d'une réalité déjà connue (de consommation d'alcool), de « vérité », est entreprise autour des circonstances d'alcoolisation. Quoiqu'il en soit, la négation des difficultés et des conséquences de l'alcoolisation est parfois rencontrée sous forme de minimisation ou de réassurance (Rotheval et al., 2008).

Chaque forme de négation (quelle que soit son appellation) est une défense à respecter, qui fait partie du fonctionnement psychique et autour de laquelle il est possible d'échanger. La parole peut circuler en périphérie de l'éventuelle dénégation, autorisant la poursuite de l'échange clinique et laissant l'entretien se développer. Pas plus qu'une autre défense, la négation et ses formes n'empêchent ni la relation clinique ni la conduite d'entretien.

Malgré tous ces aléas, une grande majorité de patients s'empare de la possibilité d'un espace de parole et trouve là une occasion de parler librement de leur rapport à l'alcool. Alors, ils font souvent part de leur soulagement, d'un apaisement après l'entretien et remercient leur interlocuteur, même après une simple information, pour avoir pris du temps et permis une parole : « c'est la première fois que je peux en parler », « pourquoi on ne m'en a jamais parlé » (Rotheval et al., 2008). Le déni ne prédomine vraiment pas en tant qu'obstacle, mais peut simplement faire partie de la rencontre.

### Le déni du soignant à côté du déni du buveur

À défaut d'éradiquer le déni, il est aussi possible de le retourner, en considérant sa place chez le soignant (ou le proche) plutôt que chez le buveur. Plusieurs des concepts précédemment envisagés

## Déni en alcoologie

peuvent ainsi être renversés, n'étant plus considérés pour le soigné, ils deviennent des contrepoints reflétant divers registres de la négligence des soignants envers les sujets en difficulté avec l'alcool.

Ce déni que Descombey a développé comme réaction contre-transférentielle des thérapeutes face à l'alcoolique, sous-tend la répétition des contre-attitudes, le plus souvent négatives, qu'il a pu lister (Descombey, 2004a). Parmi elles apparaît le déni, pouvant prendre de multiples formes et pouvant tour à tour être un déni de l'alcoolisation, un déni de la réalité psychique du patient, un déni de la souffrance (« parfois abrité derrière l'écran du supposé plaisir recherché dans l'alcool »), ou un déni lorsque « l'on ne s'intéresse qu'à la partie non alcoolique du fonctionnement » (abordant les comorbidités psychiques ou physiques, mais pas les pratiques addictives - Bergeret et al., 1972 ; Descombey, 2004a ; Mialon-Fouilleul, 2006).

Individuel dans une première approche, le déni des soignants peut aussi se développer collectivement, s'élaborer au-delà des rencontres, comme un organisateur institutionnel. Alors la référence à la notion de pacte dénégatif entre soignants, peut élargir et compléter l'approche individuelle par un regard groupal sur les équipes de soin (Kaes, 1989).

En milieu hospitalier, notamment pour les infirmiers, les tâches techniques et le rôle prescrit sont souvent valorisés par les encadrements comme une première nécessité. Dans le même temps, les tâches médicales se sont diversifiées tout en se spécialisant, avec une part d'activité administrative croissante et un ressenti de pressions diverses entre les malades, les entourages, les équipes de soins, les directions d'établissement... La situation des soignants ne s'est pas améliorée dans leur travail quotidien, avec de multiples demandes, incitations, sollicitations ou pressions. « Aujourd'hui les soignants n'ont plus le temps de penser. Or, les réflexions institutionnelles, collectives, servaient de poumon à des agents confrontés à un objet difficile et angoissant » (Brient, 2007). Ces propos publiés au sujet du soin psychiatrique concernent chaque dimension d'un soin relationnel qui existe dans tous les secteurs de la santé. Dans toute situation où des agents sont confrontés à des pathologies difficiles, ils peuvent se retrouver « démunis, rencontrant le doute, voire l'angoisse, ce qui peut les conduire à la fuite ou à l'établissement de mécanismes de défense, qui empêchent une position soignante » (Brient, 2007). Le déni peut à l'évidence en faire partie, et perdre un rôle protecteur pour devenir délétère envers celui dont le soignant devrait avant tout se préoccuper : le soigné.

## Conclusion

Redouté par les professionnels de santé, le déni (et plus précisément la dénégation), n'est pas l'apanage des sujets mésusant d'alcool. Aussi bien dans la revue de littérature proposée, qu'au travers de l'illustration clinique issue de nos pratiques de soin en alcoologie, cette question peut être envisagée différemment. Elle nous semble moins apparaître comme une émanation du soigné (un aléa de présentation gênant la relation), que comme un aménagement à la fois craint, mais aussi induit par les soignants. La détermination d'une origine au déni n'est jamais exclusive de l'autre, au profit de possibles renforcements mutuels et de coconstruction, la part respective de l'une ou l'autre des origines n'étant pas non plus simplement mesurable.

Inversant l'origine du déni du soigné au soignant, cette réflexion ne veut surtout pas être culpabilisante à son tour pour les professionnels, ni projectives à leur égard, de la complexité du soin en alcoologie. Pas plus indispensable pour le soigné que pour le soignant, le déni (la dénégation), en tant que défense développée ou redoutée, mérite d'être considérée pour ne pas simplement chercher à la faire céder au détriment de celui qui y recourt.

## Remerciements

Remerciements à Frédérique Mathis, psychologue clinicienne et à Alain Sagne, maître de conférence en psychologie, Université Lumière, Lyon 2 ; pour leurs aides et leur participations à certaines phases de relecture et de traduction.

### Références

- Ancel, P et Gaussot, L. (1998). *Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations*. Paris, France : L'Harmatan.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, France (réédition 2003) : Presse Universitaires de France.
- Bardou, H., Vacheron-Trystram, M.-N. et Cheref, S. (2006). Le déni en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 164, 99-107.
- Belz-Ceria, I. (2013). Les silences, les paroles perdues : le « déni » pour le dire. Dans M. Levivier, F. Perea. et I. Belz-Ceria (dir.) *Parole et Addiction* (p. 59-76). Toulouse, France : Eres.
- Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J.-J., Chartier, J.P, Dubor, P, Houser, M. et Lustin, J.-J. (1972). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris, France : Masson.
- Boulze, I., Launay, M. et Bruere-Dawson, G. (2008). Lecture psychanalytique du concept d'apsochognosie définie par Fouquet. *L'évolution psychiatrique*, 73, 475-484.
- Boulze, I. (2008). Troubles amnésiques et problématique alcoolique : entre amnésie, répétition et hypermnésie. *Cliniques méditerranéennes*, 2(78), 269-279.
- Boulze, I. (2011). *L'alcoolisme : psychopathologie psychanalytique*. Paris, France : Armand Collin.
- Bourgeois, M.-L. (2002). *L'insight* (conscience de la maladie), sa nature et sa mesure. *Annales médico-psychologiques*, 160, 596-601.
- Brient, P. (2007). Du regard à la parole: la relation-soignant soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 61-68.
- Charon, F. et Van Woensel, G. (2000). Le déni : un symptôme de l'alcoolisme. *Revue de la Médecine Générale*, 173, 58-61.
- Chassaing, J.-L. (2010). Alcool/s. *La revue lacanienne*, 2(7), 7-15.
- Clavreul, J. (1971). L'alcoolisme est une maladie. *L'information Psychiatrique*, 47, 17-25.
- Clavreul, J. (1987). La parole de l'alcoolique. Dans J. Clavreul (dir.) *Le désir et la loi, approches psychanalytiques* (p. 245-270). Paris, France : Denoël.
- Couchoud, M.-T. (2002). Méditations autour de la dette. *Topique*, 79(2), 7-24.
- Craplet, M. (2003). *Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool*. Paris, France : De la Martinière.
- Csillik, A.-S. et Petot, J.M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'évolution psychiatrique*, 77, 331-341.
- Danel, T., Karila, L. et Mézerette, C. (2007). Syndromes dysexécutifs et addictions. *Alcoologie et addictologie*, 29(1), 27-32.
- Dany, L., Cannone, P, Dudoit, E. et Favre, R. (2005). Alcoolisme et fin de vie : une éthique de « l'acte » à l'épreuve d'une éthique du « regard ». *Éthique & Santé*, 2, 180-185.



## Déni en alcoologie

- De Mijolla, A. et Shentoub, S.A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris, France : Payot.
- Derouesné, C. (2009). La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 7(4), 243-251.
- Descombey, J.-P (1985). *Alcoolique, mon frère, toi*. Paris, France (Réédition 1999) : L'Harmattan.
- Descombey, J.-P (1994). *Précis d'alcoologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Descombey, J.-P (2004a). La répétition des contre-attitudes. *Psychotropes* 10(2), 83-101.
- Descombey, J.-P (2004b). L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 561-579.
- De Souza, C., Romo, L., Excoffier, A. et Guichard, J.-P (2011). Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions. *Psychotropes*, 17(3-4), 145-161.
- De Timary, P, Ogez, D., Van den Bosch, M., Starkel, P et Toussaint A. (2007). Dispositif complémentaire de soins pour les alcooliques à l'hôpital général. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 185-205.
- Farges, F. et Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8(2), 47-74.
- Fiat, E. (2004). La négligence est-elle une violence ? *Revue d'éthique et de théologie morale*, 229(2), 27-33.
- Fieulaine, N., Apostolidis, T. et Olivetto, O. (2006). Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 72, 51-64.
- Fortier C. (1988). À propos de l'école de Paris : quelques repères pour la consultation psychosomatique. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 18-33.
- Fouquet, P et Clavreul, J. (1956). *Lettre aux Alcooliques (une thérapie de l'alcoolisme)*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Fouquet, P (1963). Apsychognosie *Revue de l'alcoolisme*, 9(3), 187-196. Réédité dans ? *Alcoologie et addictologie 2000*, 22(2 Suppl.), 57s-61s.
- Gache, P (2000) Prise en charge du patient alcoolodépendant : préjugés et contre-attitudes. *Médecine et Hygiène*, 58, 1943-1946.
- Gangner, E. et Rocher, I. (2003). Relation soins-alcool : enquête auprès des soignants en milieu institutionnel. *Alcoologie et addictologie*, 25(4), 295-303.
- Geneste, J. et Plane, M. (1999). De la honte à la culpabilité. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*, 29, 76-77.
- Georgieff, N. (2005a). Penser l'autre, être pensé par l'autre : Intérêts de la notion de théorie de l'esprit pour la psychopathologie. *Le carnet psy*, 99(4), 24-33.

## Déni en alcoologie

- Georgieff, N. (2005b). Intérêts de la notion de théorie de l'esprit pour la psychopathologie. *Psychiatrie Infant*, 48(2), 341-371.
- Georgieff, N. (2008). L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *Psychiatrie Infant*, 51(2), 357-393.
- Goldsmith, R.-J. et Green, B.-L. (1988). A rating scale for alcoholic denial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(10), 614-620.
- Harwood, D.-G., Kalechstein, A., Barker, W.-W., Strauman. S., St George-Hyslop, P, Iglesias C.,... Duara, R. (2010). The effect of alcohol and tobacco consumption, and apolipoprotein E genotype, on the age of onset in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 511-518.
- Hazif-Thomas, C. et Thomas, P. (2014). La démotivation de la personne âgée. *Soins Gériatrie*, 109, 9-14.
- Ionescu, S, Jacquet, M.M. et Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Paris, France (2<sup>e</sup> édition) : Arman Collin
- Jaafari, N. et Markova, I. (2011). Le concept de l'*insight* en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques*, 169, 409-415.
- Kaes, R. (1989). Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs. Dans A. Missenard, G. Rosoltau, J. Guillaumin, J. Kristeval, Y. Gutierrez, J.J. Baranes ,... R. Moury (dir.), *Le négatif : figures et réalités*, (p. 101-136). Paris, France : Dunod.
- Klein, J.-P (1983). L'alcoolique et les tentations du soignant. *L'information Psychiatrique*, 59(9), 1175-1183.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. et Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Landron, S., Defontaine-Catteau, M.-C., Bedoret, J.-M., Henniaux, M. et Chasseguet-Smirgel, J.-M. (1999). Alcoolisme et alexithymie. *Alcoologie*, 21(2), 293-300.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse* (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France, Bibliothèque de psychanalyse.
- Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Paris, France : Dunod.
- Levivier, M., Casanova, D., Perea, F. et Ceria, I. (2011). Se dire avec le déni: paroles alcooliques. *Le Courrier des Addictions*, 13(1), 20-21.
- Maisondieu, J. (1992). *Les alcooléens*. Paris, France : Bayard.
- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus. Déni de fraternité, l'exclusion est aussi un autruicide* (2<sup>e</sup> édition, 2010). Paris, France : Bayard.
- Maisondieu, J. (2004). *Les femmes, les hommes, l'alcool. Une histoire d'amour*. Paris, France : Payot.
- Malka, R., Fouquet, P. et Vachonfrance, G. (1983). *Alcoologie*. Paris, France : Masson.

## Déni en alcoologie

Marty, P. et de M'Uzan, M. (1963). La « pensée opératoire ». *Revue française de psychanalyse*; 27(Spécial Congrès), 345-356.

Marty, P. (2011). *La psychosomatique de l'adulte* (7<sup>e</sup> édition). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Menecier P, Menecier-Ossia L., Piroth L., Naouri C., Vialle A. et Simonin C. (1998). Place du dosage de l'alcoolémie dans une activité d'alcoologie hospitalière. *Alcoologie*, 20(3), 239-244.

Menecier, P., Afifi, A., Menecier-Ossia, L., Arezes, C., Dury, M., Monterrat et N., Ploton, L. (2006). Alcool et démences : des relations complexes. *La Revue de Gériatrie*, 31, 11-18.

Menecier, P., Clair, D., Collovray, C., Rotheval, L., Lefranc, D., Duhay-Vialle, A. et Menecier-Ossia, L. (2008). Intoxications aiguës hospitalisées. Analyse d'une procédure de rencontre systématique. *Alcoologie Addictologie*, 30(3), 251-259.

Menecier, P., Girard, A., Badila, P., Rotheval, L., Lefranc, D., Menecier-Ossia, L. et Pellissier-Plattier, S. (2009). L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. *La Revue de Médecine Interne*, 30, 316-321.

Menecier, P., Debatty, D., Menecier-Ossia, L., Simonin, C. et Ploton, L. (2012). Profil des intoxications éthyliques aiguës hospitalisées : Évolution sur 10 années entre 2000 et 2009. *Alcoologie Addictologie*, 34(2), 105-112.

Menecier, P. (2015). Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers des sujets âgés en difficulté avec l'alcool. (Thèse de doctorat inédite). Université Lumière, Lyon 2.

Menecier, P., Plattier, S., Rotheval, L. et Ploton, L. (2016). Réflexions sur l'emprise et la possessivité dans la relation de soin en gériatrie. *Annales Médico-Psychologiques*. Prépublication. doi : 10.1016/j.amp.2015.10.021

Menecier, P., Verny, M., Fernandez, L. et Ploton, L. (2016). Abstinence alcoolique dans les soins aux aînés mésusant d'alcool. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 14(2), 187-93.

Mialon-Fouilleul, A. (2006). Psychopathologie familiale des conduites addictives. Dans M. Reynaud (dir.), *Traité d'addictologie*, (p. 335-339). Paris, France : Flammarion.

Moins, P. (2010). Alcool et nouvelles cliniques ? De l'apsychognosie de Fouquet au *binge drinking* comme conduite à risque. *La Revue Lacanienne*, 2(7), 53-64.

Monjauze, M. (2011). *Pour une nouvelle clinique de l'alcoolisme : la part alcoolique du Soi* (1<sup>re</sup> édition). Paris, France : In press.

Osterman, G. et Rigaud, A. (2001). Comment faire l'avance de la parole auprès d'un patient alcoolodépendant ? *Le journal de psychiatrie privée*, 15, 21-24.

Parette, H.-P., Hourcade, J.-J. et Parette, C.-C. (1990). Nursing attitudes toward geriatric alcoholism. *Journal of Gerontological Nursing*, 16, 26-31.

Perea, F. (2002). L'alcoolisme sous silence. Approche linguistique du déni de l'alcoolique. *Alcoologie et addictologie*, 24(1), 23-31.

## Déni en alcoologie

- Perrier, F. (1975). Thanatol I, II, III. Dans F. Perrier (dir.), *La Chaussée d'Antin. Œuvres psychanalytiques II*, (Édition revue et augmentée 2008, p. 449-520.). Paris, France : Albin Michel.
- Perry, J.-C., Guelfi, J.-D., Despland, J.-N. et Hanin, B. (2004). *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*. Paris, France : Masson.
- Pirlot, G. (2008). Approche psychosomatique des addictions. *Le Carnet psy*, 4(126), 45-49.
- Prochaska, J.-O. et Di Clemente, C.-C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- Rahioui, H. (2006). Entretien motivationnel. Dans M. Reynaud (dir.), *Traité d'Addictologie*, (p. 242-248). Paris, France : Flammarion Éd : .
- Reyre, A., Taieb, O., Rouchon, J.-F., Baubet, T., Hirsch, E. et Moro, M.-R.(2010). In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addictés. *Psychotropes*, 16(1), 9-19.
- Rigaud, A. (2006). Qu'est-ce qu'aller mieux? La perspective psychanalytique en addictologie. *Le Journal, revue trimestrielle FMC Psychiatrie*, 29 spécial, S17-S28.
- Rotheval, L., Poillot, A., Lefranc, D., Pellissier-Plattier, S., Badila, P et Menecier, P (2008). La rencontre clinique après l'ivresse : la place de l'entretien. *Courrier des addictions*, 10(4), 27-29.
- Rueff, B. (1995). *Les malades de l'alcool*. Paris, France : John Libbey Eurotext.
- Saunders, K-E-A., Hawton, K., Fortune, S. et Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205-216.
- Saunière, P, Saunière-Vaché, A., Lamblin, H., Ampelas, J.-F., Soyez, S., Chékroud, H. et Mallet, D. (2003). L'accompagnement institutionnel des sujets âgés présentant des troubles cognitifs sévères : quelle place pour la régression? *L'Information Psychiatrique*, 79(9), 765-772.
- Seron, X. et Van der Linden, M. (2000). *Traité de neuropsychologie clinique*. Marseille, France : Solal.
- Talpin, J.-M., Gaucher, J., Israel, L. et Ploton, L. (1999). Le cadre institutionnel : les institutions psychiatriques et le psychologue. *Gérontologie et Société*, 88, 141-155.
- Thomas, P et Hazif-Thomas, C. (2008). Démotivation et hypofrontalité chez la personne âgée. *La Revue de gériatrie*, 33(2), 141-150.
- Uekermann, J. et Daum, D. (2008). Social Cognition in Alcoholism: A Link to Prefrontal Cortex Dysfunction. *Addiction*, 103, 726-735.
- Veissiere, P (2001). In vino veritas : L'abstinence, privation sinistre ou sésame? *Alcoologie et Addictologie*, 23(1), 45-50.
- Zellner, A. et Labrune, L. (1999). Le concept de déni chez l'alcoolique : de la théorie à la pratique dans la relation thérapeutique. *Nervure*, 12(7), 13-18.

## Déni en alcoologie

**Tableau 1 : Terminologie française et correspondance en Amérique du Nord**  
**Table 1 : French terminology and correspondence in North America**

Terminologie française	Terminologie anglophone nord-américaine
Alcoologie	Alcoholology
Addictologie	Addictology
Déni	Denial
Dénégation	Negation
Négligence	Neglect / Carelessness
Anosognosie	Anosognosia
Apathie	Apathy
Alexithymie	Alexithymia
Lecture de l'esprit	Mind reading
Empathie	Empathy
Intoxication éthylique aiguë	Acute Alcoholic Intoxication
Ivresse	Drunkenness
L'alcoolique	Alcoholic fellow / person
Méconnaissance	Unawareness
Régression	Regression
Désadaptation psychomotrice	Psychomotor disadaptation
Aboulie	Avolition
Inhibition psychomotrice	Psychomotor inhibition
Apragmatisme	Pragmatismlessness / Apragmatism
Pensée opératoire	Operational mind
Insight	Insight
Introspection	Introspection
Refoulement	Repression
Forclusion	Foreclosure
Apsychognosie	Terminologie propre à l'auteur français, expliquée dans le texte, sans équivalence retrouvée (Fouquet, 1963)



RÉSULTATS DE RECHERCHE

## **Parcours thérapeutique en dépendance : le rôle du réseau social des adolescents**

**Geneviève Demers-Lessard**, t.s., M. Serv.Soc., Professionnelle de recherche,  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Joël Tremblay**, Ph.D., Professeur agrégé, Département de psychoéducation,  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Daniel Turcotte**, Ph.D., Professeur titulaire, École de service social, Université Laval,  
Chercheur au Centre de recherche JEFAR

### **Correspondance :**

Geneviève Demers-Lessard, t.s., M. Serv.Soc.  
Professionnelle de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières  
Centre universitaire de Québec  
Département de psychoéducation  
850 avenue de Vimy, C.P. 32  
Québec, Qc. G1S 0B7  
Tél.: 418 659-2170, poste 2822  
[genevieve.demers-lessard@uqtr.ca](mailto:genevieve.demers-lessard@uqtr.ca)

### Résumé

Plusieurs modèles de traitement ont démontré leur efficacité auprès des adolescents aux prises avec une consommation problématique de substances psychoactives. Cependant, un des problèmes majeurs demeure l'accès et la persévérance des jeunes en traitement. Le présent article explore le rôle du réseau social sur le parcours thérapeutique d'adolescents. Neuf jeunes âgés de 14 à 17 ans, recrutés au sein de services spécialisés en dépendance, ont été rencontrés dans le cadre de deux entrevues semi-structurées réalisées à environ trois mois d'intervalle. L'analyse de leurs propos suggère que les membres du réseau informel et ceux du réseau formel jouent un rôle déterminant sur la demande d'aide et la persévérance en traitement. Si les parents et les pairs peuvent tout aussi bien favoriser l'engagement que représenter des barrières au parcours, les intervenants professionnels ont généralement un rôle aidant. Cependant, ils gagnent à demeurer vigilants aux messages verbaux et non verbaux qu'ils envoient. L'étude fait ressortir l'importance d'identifier les alliés à l'engagement thérapeutique.

**Mots-clés** : adolescents, substances psychoactives, parcours thérapeutique, demande d'aide, persévérance, réseau social

### Therapeutic path in addiction: role of adolescents' social network

#### Abstract

A number of treatment models have proven effective for adolescents struggling with a substance use disorder. However, access to and retention in treatment remain major problems. This article explores the role of social networks on adolescents' therapeutic path. Nine participants from age 14 to 17 were recruited from specialized addiction services and interviewed twice in semi-structured interviews over a period of approximately three months. Analysis of their statements suggests that members of an informal network, as well as those of a formal network, play a decisive role in their help-seeking and treatment retention. Whereas parents and peers may encourage commitment but may also present obstacles on the pathway, health professionals usually play a helpful role. However, the professionals must remain alert to the verbal and non-verbal messages that they send. The study highlights the importance of identifying allies in commitment to treatment.

**Keywords:** adolescents, psychoactive substances, therapeutic path, help-seeking, retention, social networks

## **Trayectoria terapéutica en dependencia: el papel de las redes sociales de los adolescentes**

### **Resumen**

Varios modelos de tratamiento han demostrado ser eficaces en adolescentes que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Sin embargo, uno de los problemas más importantes sigue siendo el acceso y la perseverancia de los jóvenes en tratamiento. Este artículo explora el papel de la red social en la trayectoria terapéutica de los adolescentes. Se entrevistó en dos entrevistas semiestructuradas, realizadas con unos tres meses de intervalo, a nueve jóvenes entre 14 y 17 años, reclutados dentro de los servicios especializados de adicción. El análisis de sus declaraciones sugiere que los miembros de la red informal y los de la red formal desempeñan un papel decisivo en la solicitud de ayuda y la perseverancia en el tratamiento. Si bien los padres y los compañeros pueden tanto promover el compromiso como representar barreras para la trayectoria, los intervinientes profesionales suelen desarrollar un papel de ayuda. Sin embargo, deben permanecer alertas a los mensajes verbales y no verbales que reciben de estos participantes. El estudio pone de relieve la importancia de identificar a los aliados en el compromiso terapéutico.

**Palabras clave:** adolescentes, sustancias psicoactivas, trayectoria terapéutica, solicitud de ayuda, perseverancia, red social



### Introduction

Une portion significative des jeunes des pays industrialisés ont recours aux substances psychoactives (SPA) jusqu'à éprouver des difficultés importantes. Aux États-Unis (SAMHSA, 2014), tout comme au Québec (Traoré et al., 2014), le taux de prévalence du trouble lié aux SPA est estimé à approximativement 5% chez la population adolescente. Pour faire face à ces difficultés, différents modèles de traitement ont démontré leur efficacité auprès des jeunes (Clark, MacNeill, Dennis et Babor, 2002; Diamond et al., 2002; Landry, Tremblay, Bertrand et Ménard, 2010; Liddle et al., 2001). Par contre, une des embûches majeures au succès thérapeutique auprès de cette population est l'engagement en traitement. Effectivement, moins de 10% des jeunes ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance aux SPA consultent un professionnel de la santé pour ces questions (DHCS, 2015; Pearson, Janz et Ali, 2013; SAMHSA, 2011). Chez les jeunes adultes âgés de 18 à 23 ans, ce serait les deux tiers qui n'ont jamais cherché de l'aide pour leurs difficultés liées aux SPA (Gayman, Cuddeback et Morrissey, 2011). Ces données justifient la nécessité d'accélérer les efforts pour développer les connaissances sur les stratégies efficaces pour aider les jeunes à entamer une démarche d'aide et y persévérer.

L'engagement en traitement est généralement observé sous deux aspects : le processus de demande d'aide et la persévérance en traitement. Plusieurs facteurs connus ont une influence sur ces deux composantes. Certains sont liés à des caractéristiques personnelles, notamment la motivation qui serait « l'un des points clés dans le traitement des jeunes toxicomanes » (CCLT, 2010) ou la sévérité des problèmes liés aux SPA (Landry, Cournoyer, Bergeron et Brochu, 2001). D'autres facteurs sont structurels tels que la trajectoire institutionnelle d'accès aux services (Currie, 2001). À la jonction de ces deux dimensions, on retrouve la dimension interpersonnelle qui, selon plusieurs auteurs, a un rôle majeur dans le processus de demande d'aide et de persévérance en traitement (Ballon, Kirst et Smith, 2004; Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer, 1997; Davey-Rothwell, Kuramoto et Latkin, 2008; Hawley et Garland, 2008; Gulliver, Griffiths et Christensen, 2010; Power, Eiraldi, Clarke et Mazzuca, 2005). Le réseau social peut exercer une influence importante sur le parcours thérapeutique, par le soutien qu'il peut procurer. Streeter et Franklin (1992) définissent deux grandes sources de soutien social : le soutien formel et le soutien informel. Le premier correspond à l'aide fournie par les professionnels travaillant au sein d'organismes et d'institutions et il est généralement structuré. Le second regroupe l'aide qui est offerte par les personnes qui gravitent dans l'environnement, notamment la famille et les amis. Il est plus souple en termes de disponibilité et il peut répondre à des besoins extrêmement variés. Il ne prend pas assise sur une bureaucratie ou sur une expertise contrôlée, mais sur la qualité du lien entre des personnes. Ces deux sources de soutien sont en partie indépendantes, mais comportent des points de jonction et d'interaction.

### La demande d'aide

L'engagement dans une démarche thérapeutique s'amorce généralement par une demande d'aide. Divers facteurs interpersonnels sont présentés dans la littérature comme pouvant avoir une influence sur le processus de demande d'aide en lien avec un problème de SPA. Par exemple, la consommation de SPA des parents peut rendre difficile la reconnaissance de la problématique chez l'adolescent et, conséquemment, affecter leur habileté à le soutenir et à l'aider à accéder au traitement (Currie, 2001). La compréhension parentale des problèmes vécus par le jeune, le questionnement sur les raisons de sa consommation ou la présence de conflits au sein de la famille sont d'autres éléments qui ont un impact sur l'engagement d'un jeune dans une démarche

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

d'aide (Ballon, Kirst et Smith, 2004). Une bonne compréhension par les parents des difficultés de fonctionnement de leur enfant, la croyance qu'une série d'actions peut être entreprise pour venir en aide à leur adolescent et la confiance que l'aide est accessible sont autant d'éléments qui peuvent inciter l'adolescent à demander de l'aide (Power, Eiraldi, Clarke et Mazzuca, 2005).

Les pairs constituent une autre source d'influence sur la probabilité de demander de l'aide. L'appartenance à un groupe impliqué dans des activités de consommation de SPA est l'un des principaux facteurs favorisant l'initiation de la consommation (Simons-Morton et Farhat, 2010; Titus, Godley et White, 2007), les jeunes y trouvent un cadre qui normalise leurs comportements. Plusieurs jeunes mentionnent que la réaction des pairs a une influence majeure sur l'engagement dans une démarche de demande d'aide et que l'absence de soutien des proches est vécue comme un obstacle (Ballon, Kirst et Smith, 2004).

Le rôle joué par les professionnels est également important. L'anticipation par les jeunes que les professionnels manquent de sollicitude et qu'ils sont peu respectueux de la confidentialité entraîne chez eux une faible propension à procéder à une demande d'aide (Ballon, Kirst et Smith., 2004; Helms, 2003). À l'inverse, la perception que les professionnels maintiennent la confidentialité, prennent la situation des usagers au sérieux, ne les jugent pas, et ont de l'intérêt envers eux favorise la recherche d'aide (Helms, 2003).

### **Persévérance en traitement**

Une fois qu'il s'est engagé dans une demande d'aide, le jeune fait face au défi de persévérer en traitement, cette persévérance étant liée à une meilleure issue du processus d'aide (Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer, 1997). De multiples facteurs peuvent influencer la persévérance en traitement. On note, entre autres, que les individus ayant moins de difficultés sur le plan des relations sociales et familiales sont susceptibles de compléter leur programme de traitement (Bergeron, Marcil et Laflamme-Cusson, 1996). Bien que Slesnick (2001) arrive à des résultats mitigés sur l'influence des parents, l'implication des membres de la famille dans le parcours thérapeutique exercerait une influence positive sur la persévérance (Williams et Chang, 2000).

Les relations avec les pairs auraient également un impact sur la persévérance. Les résultats de Davey-Rothwell et son équipe (2008) démontrent que lorsque les jeunes ont des amis qui participent au même traitement, ils sont plus susceptibles d'assister régulièrement aux rencontres. La qualité et la quantité du soutien social perçu ainsi que le nombre de personnes identifiées dans l'entourage de l'individu comme pouvant l'aider dans sa démarche influencent positivement la persévérance en traitement (Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer, 1997; Williams et Chang, 2000).

Il en est de même pour les relations entre le professionnel et la personne en traitement. Greener et ses collègues (2007), dans une étude menée auprès de 531 cliniciens et 3 475 usagers issus de divers programmes en dépendance, concluent que l'empathie, la confiance en soi et les bonnes habiletés interpersonnelles du professionnel favorisent l'établissement d'une relation thérapeutique qui soutient la persévérance en traitement. L'alliance thérapeutique serait donc l'un des éléments déterminants du succès d'un traitement.

Ces données mettent en lumière que les relations interpersonnelles influencent tant le processus de demande d'aide que la persévérance en traitement. Cette conclusion s'appuie dans la majorité des cas sur des analyses corrélationnelles qui offrent peu d'indices pour comprendre les processus par lesquels s'exerce cette influence. Pour combler cette lacune, la présente étude explore le rôle

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

du réseau social auprès des jeunes présents au sein des services spécialisés en dépendance, à partir du point de vue des jeunes eux-mêmes. Elle vise à mieux comprendre le rôle des membres des réseaux informel et formel du jeune sur 1) le processus de demande d'aide et 2) la persévérance en traitement.

### Méthodologie

#### Participants

Cette étude examine le parcours d'adolescents (n=9) dans les services en dépendance de différents établissements spécialisés de traitement en dépendance (quatre centres de réadaptation en dépendance (CRD)<sup>[1]</sup> de la province de Québec : Capitale-Nationale, Estrie, Montréal ainsi que Mauricie et Centre-du-Québec). Ce sont quatre filles et cinq garçons âgés entre 14 et 17 ans, participants déjà au sein d'une étude à large portée (Tremblay et al., 2014). Ils ont été identifiés au moyen d'un test de dépistage (DEP-ADO; Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron et Brunelle, 2004), comme vivant une problématique de consommation de SPA. Au moment de la première entrevue, menée lors de leur arrivée dans les services, deux des participants vivaient en hébergement en centre jeunesse, un habitait chez son tuteur légal, qui est également un membre de sa famille et les autres vivaient avec un ou deux parents. Quatre d'entre eux ne fréquentaient plus l'école. Lors de la deuxième entrevue, approximativement trois mois suivant la première, huit ne recevaient plus de services spécialisés en dépendance et un était en service résidentiel depuis une semaine. Le tableau suivant résume leur parcours au sein des services en dépendance.

**Tableau 1 : Parcours thérapeutique des participants au sein des services en dépendance**

Noms	Parcours en traitement	Faits persévérance
Amélie	Externe - Interne (2/6 mois)	Arrêt du suivi interne lors de conflits avec autres jeunes en traitement.
Béatrice	Externe (rencontres pendant 2-3 mois, imprécis)	Arrêt du suivi externe lorsqu'il y a eu diminution de la consommation.
Hélène	Externe (3 rencontres)	Arrêt du suivi externe lors d'un changement d'école.
Marie	Externe - Interne (2 mois) - NA	A complété thérapie interne et a complété post cure. Poursuit NA (groupe d'entraide débuté pendant la thérapie interne).
Olivier	Externe (2 rencontres) - Externe (rencontres pendant 1 à 3 mois, imprécis)	Arrêt du suivi externe modalité groupe lorsqu'a quitté le centre jeunesse. Arrêt du suivi externe individuel, car préférence pour le groupe.
Simon	Externe (5 rencontres) - Externe (3 rencontres)	Arrêt du suivi externe lorsqu'il y a eu diminution de la consommation, pour retourner quelques rencontres lorsqu'il y a eu retour de la consommation.
Guillaume	Externe (3-4 rencontres)	Arrêt après les rencontres d'accueil.
Cédric	Interne (2 mois) - Suivi post interne (2/4 mois) - Interne (6 semaines)	A complété deux thérapies internes. Arrêt du suivi post cure (motif imprécis).
Philippe	Externe - Interne (depuis environ 1 semaine lors de la 2 <sup>e</sup> entrevue)	Arrêt du suivi externe lorsque suite à une absence l'intervenant n'a pas relancé. Thérapie interne en cours.

<sup>1</sup> Dorénavant ils sont chacun inclus dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de leur région.

### Procédure de collecte et d'analyse des données

Le point de vue des participants a été recueilli au moyen de deux entrevues semi-structurées d'une durée variant entre 45 et 90 minutes. La première a été menée au moment de leur arrivée en traitement et la seconde environ trois mois plus tard. Les approbations des comités d'éthique de la recherche en toxicomanie et de l'Université Laval ont été obtenues préalablement à la cueillette de données.

La méthode d'analyse des données utilisée dans le cadre de cette étude est l'analyse de contenu thématique (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000; Paillé et Mucchielli, 2008). Elle conduit à l'extraction de la signification des données recueillies par un processus en cinq étapes. Premièrement, les entrevues qualitatives ont été transcrites mot à mot, de manière à être fidèles à leur contenu et à leur contexte. Deuxièmement, une lecture flottante des transcriptions a permis de se familiariser avec le matériel. Cette première lecture a conduit à identifier les thèmes généraux qui ont guidé la codification. À l'étape suivante, le travail de codification a été effectué à l'aide du logiciel *N-Vivo 9*. Les catégories d'analyse ont été déterminées par une méthode mixte; la grille de codification a été élaborée de prime abord à partir des concepts préalablement définis (p. ex., parcours thérapeutique et réseau social) et elle a par la suite été enrichie en cours d'analyse à partir des catégories émergentes des propos des jeunes (p. ex., pensées et faits avant/pendant/après les services spécialisés en dépendance). Finalement, les données ont été analysées et interprétées, les unités de sens ont alors été catégorisées, les idées principales dégagées et mises en relation.

### Résultats

Les résultats révèlent de grandes similitudes entre les propos des jeunes quant aux rôles des membres de leur réseau informel et de leur réseau formel sur leur processus de demande d'aide et sur leur persévérance en traitement.

#### Le réseau informel

À l'amorce de la demande d'aide et par la suite en cours de traitement, l'influence de la famille et des amis est déterminante. Au départ, des membres du réseau peuvent exercer de la pression pour motiver l'adolescent à entrer en traitement. Cette pression peut prendre la forme d'un ultimatum ou se traduire par des encouragements. Voici deux illustrations :

Elle [mère] m'a dit : « C'est soit tu t'en vas de la maison, soit tu vas pour de l'aide ». Moi je voulais pas, je voulais pas m'en aller, j'ai dit OK je vais prendre l'aide. (Philippe)

Il [ami] m'a dit : « Si tu veux avoir de l'aide, puis si tu arrives là [au CRD] ouvert et tu veux, ça peut vraiment t'aider ». (Guillaume)

Une pression plus subtile peut venir d'amis qui ne consomment pas et qui expriment leur satisfaction, voire leur admiration, devant la possibilité que le jeune entreprenne une thérapie. Même les amis qui sont eux-mêmes consommateurs de SPA peuvent soutenir la décision de chercher de l'aide en approuvant le choix de l'adolescent et en le rassurant sur le fait qu'ils respectent sa décision et qu'ils resteront amis. La famille est aussi susceptible de favoriser le choix d'entamer une démarche d'aide en soutenant l'adolescent à prendre conscience des bénéfices qu'il pourra retirer s'il modifie ses habitudes de consommation. L'aide concrète d'un ami ou d'un parent peut aussi être utile en sollicitant directement un intervenant sans porter de jugement sur la situation.

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

Je sais qu'elle [amie] voyait [un intervenant]. J'ai dit : « Je n'irai jamais le voir ». C'est difficile [pour moi] d'aller voir les gens ; quand j'ai un problème, j'ai de la misère à aller vers les gens. Alors, elle a dit : « OK je vais lui demander pour toi ». (Marie)

J'en ai parlé [du désir d'avoir de l'aide] à mon père [...] puis il a dit : « Bien, je t'en reparle la semaine prochaine ». Puis, il m'a appelé, et il m'a dit : « Je t'ai pris un rendez-vous à [CRD] ». J'étais contente, parce que, tu sais, il ne m'a pas jugé, il n'était pas fâché. (Marie)

L'importance de l'influence du réseau dépend de la crédibilité de la personne qui émet le message. Cette crédibilité repose aussi bien sur l'expérience de la personne que sur la congruence entre ses paroles et son comportement. Ces deux situations sont illustrées dans les propos qui suivent.

Je me suis dit : « Ouais, il [oncle qui a eu une consommation problématique de SPA] l'a vécu, il ne peut pas vraiment mentir, car il l'a vécu » [...]. Mes parents m'auraient dit la même affaire et ça m'aurait fait : « Haha, ouais, c'est ça, tu n'as jamais consommé ». (Béatrice)

Il [beau-père qui a eu une consommation problématique de SPA] me disait des affaires comme : « Profite de la vie intelligemment et non en innocent » [...]. Lui, il buvait comme un trou, fait que moi je ne les [conseils] rentrais pas dans ma tête [...] c'était pas crédible. (Cédric)

Dans cette même veine, les amis qui se disent déçus de perdre un partenaire de consommation ou qui parlent négativement des services ne favorisent pas l'initiation d'une démarche thérapeutique.

Un de mes chums de gars [...] a dit : « Hey, ne va pas là [CRD], c'est de la marde » [...]. Ça m'avait comme fait : « Ouais, est-ce que c'est tant de la marde que ça ? (Béatrice)

Une fois le traitement débuté, les membres de la famille et amis peuvent influencer directement la persévérance par leurs réactions : leur fierté lorsque l'adolescent maintient son engagement ou leur déception lorsqu'il songe à abandonner a un effet régulateur. Les adolescents ressentent que ces personnes ont confiance en eux et qu'ils apprécient leurs efforts.

Ma mère, mon frère, puis ma sœur, eux autres m'ont jamais lâchés, peu importe ce que je faisais, ils étaient là pour moi. (Cédric)

Le soutien est également un facteur de persévérance en traitement lorsqu'il est exprimé par des personnes qui partagent des expériences communes d'usage problématique de SPA et qui tentent, ou ont tenté de sortir de cette situation.

Elle [conjointe] a vécu aussi des périodes difficiles [...]. Ça m'aide. Je me dis : « Elle sait de quoi elle parle ». On sait de quoi on parle. (Cédric)

Tout le monde se comprend, puis on [jeunes en traitement] s'entraide, on se dit : « Continue, ça va bien aller [...]. J'ai confiance en toi ». (Philippe)

J'ai trouvé ça le fun qu'il y ait quelqu'un [jeune en traitement, devenu ami] qui a été avec moi tout au long [du traitement]. J'ai vu comment il a évolué et il a vu comment moi j'ai évolué. (Marie)

Conscients de cela, certains jeunes vont d'ailleurs modifier leur réseau social pour s'assurer d'être soutenus dans le changement de leurs habitudes de consommation. Ils vont se dégager d'amitiés nocives pour s'entourer d'amis qu'ils considèrent comme positifs. Dans certains cas, cette transition se fait naturellement, dans la mesure où le changement des habitudes de consommation

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

conduit au sentiment de ne pas être compris et de ne plus avoir les mêmes intérêts que leurs amis qui consomment. On observe donc chez les jeunes qui persévèrent vers leurs objectifs, une réorganisation du réseau social.

J'ai décidé de plus choisir mes amis [...] de voir plus des amis qui vont m'apporter quelque chose de constructif dans les prochains mois, les prochaines années de ma vie. (Simon)

J'ai récupéré ma meilleure amie [...] depuis que je ne consomme plus. (Olivier)

Cette transformation du réseau social est d'autant plus importante que le jeune a besoin de soutien lorsqu'il rencontre un obstacle ou qu'il traverse une période plus difficile. Il a alors tendance à se décourager, ce qui pourrait conduire à un arrêt prématuré du traitement.

Ils [parents] ne s'inquiétaient jamais de ça [processus thérapeutique] [...]. Ma mère venait me porter ici [CRD], puis elle ne me disait jamais « bonne chance ». Rien, *fuck all* de ça. Tu sais, elle ne s'informait pas. (Olivier)

Il [père] trouve ça niais, parce que lui aussi il a déjà eu de l'aide ici [CRD]. [...] Il pense que cela n'aide pas. (Philippe)

D'autre part, à mesure que le traitement évolue, certains adolescents prennent conscience du mal qu'ils causaient à leur entourage. Cette prise de conscience les motive à persévérer.

J'ai compris que ça faisait du mal à mes parents et à certaines personnes de mon entourage, je pense que c'est peut-être aussi pour ça que j'ai arrêté [consommation]. (Guillaume)

### **Le réseau formel**

Les professionnels qui gravitent dans l'univers de l'adolescent ont de l'influence aux diverses étapes de son parcours thérapeutique. De façon générale, les adolescents vivent des contacts avec les intervenants qu'ils considèrent comme positifs et respectueux, que ce soit ceux des services généraux ou ceux des services spécialisés en dépendance. Ils ont soulevé de nombreux éléments du savoir-être et du savoir-faire des intervenants qu'ils ont particulièrement appréciés et qui ont favorisé la demande d'aide ainsi que la persévérance en traitement.

Ils soulignent la façon qu'ont les intervenants d'entrer en relation et de se comporter. Les adolescents sont attentifs à leurs messages non verbaux. Lorsqu'ils sont accueillants, cela est particulièrement apprécié. Cette attitude inspire confiance, respect et intérêt.

Un beau petit sourire, c'était agréable, c'était le *fun* [...]. Admettons j'ai un rendez-vous avec une personne, si elle me sourit dans la face, c'est comme « hum », ça m'éclate de joie. (Olivier)

Les jeunes aiment que les intervenants respectent leur rythme et ne donnent pas l'impression d'être pressés par le temps. Une attitude dynamique et la capacité d'être empathique sont également bénéfiques.

Si tu n'as pas d'émotion envers un jeune, et que tu ne ressens pas ce qu'il ressent... tu es loin de comprendre la personne [...]. Tu vois la personne, elle est triste et elle a besoin d'aide [...]. Si tu étais à sa place, qu'est-ce que tu aimerais te faire dire ? C'est à ça qu'il faut penser [pour l'intervenant]. (Olivier)

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

Les compétences relationnelles et communicationnelles sont également importantes. Les jeunes se sentent rassurés et en confiance lorsque l'intervenant leur communique clairement les normes qui régissent leurs rapports, notamment les règles de confidentialité et les exigences du traitement.

J'avais des rencontres [au CRD] aux unes ou deux semaines et ça m'a aidé à diminuer ma consommation, parce que j'avais des buts à atteindre et ça m'aidait beaucoup; je pouvais parler et je savais que c'était confidentiel. Fait que, je trouvais ça bien. (Marie)

Je le voyais qu'elle [intervenante] est là pour m'aider là [...]. Parce qu'elle me l'a dit, elle a dit « mon but, si tu veux pas arrêter de consommer, dis-moi-le tout de suite. Mon but c'est juste de t'aider là ». (Philippe)

Ils apprécient également lorsque l'intervenant privilégie des rapports égalitaires et ouvre sur ses expériences personnelles. Ils se sentent alors davantage respectés dans leur individualité.

J'aime mieux ça quand c'est plus discussion, personne égale à égale [...]. Plus se sentir de personne à personne. Qu'ils [intervenants] me racontent un peu comment eux ils ont vécu ça [difficultés liées à la consommation], s'ils ont vécu ça. C'est comme moins théorique, plus relationnel. (Guillaume)

L'aide concrète telle des explications, trucs, documents à lire, contribue également à l'atteinte des objectifs d'arrêt ou de diminution de la consommation, puisque le jeune peut y référer lorsqu'il ne peut compter sur la présence d'un intervenant ou sur le soutien des pairs.

Moi, mon objectif, c'était de ne pas venir intoxiquée à l'école. C'était plus ça [objectif fixé] au début, parce que ça me déconcentrait, puis, elle me donnait des trucs et tout, et elle me mettait à l'aise, là. (Hélène)

Elle [intervenante] me donne pas mal de trucs, ce sont des feuilles avec des trucs dessus. Fait que tu sais, si je l'oublie, je relis les feuilles et ça me rentre dans la tête. C'est bon [...]. Admettons, il y a une situation où je ne sais pas quoi faire, bien je cherche dans mes feuilles, tu sais, je les ai tout le temps avec moi. (Béatrice)

Peu d'éléments de l'attitude ou du comportement des intervenants sont rapportés comme ayant eu une incidence négative sur le parcours thérapeutique. Parmi les éléments moins appréciés de la part des adolescents, il y a les propos moralisateurs, une absence d'implication (ne pas relancer à la suite d'une absence ou encore réduire la fréquence des rencontres prématurément) et le manque de confidentialité.

Je ne serais pas surprise qu'elle [intervenante] en parle [contenu de la rencontre], là, tu sais. [...] Un intervenant à mon école genre... j'avais parlé à... un psychologue puis genre... elle m'avait dit que c'était confidentiel, mais dans le fond tous les profs puis la directrice l'ont su, là. C'est un peu ridicule. (Amélie)

Le tableau 2 présente un résumé de l'influence du réseau social de chacun des adolescents sur leur parcours thérapeutique sous deux angles : le moment où elle se situe (demande d'aide – persévérance) et la source (réseau informel – formel).

Tableau 2 : Influences significatives positives (+) et négatives (-) du réseau social dans le parcours thérapeutique

Noms	Demande d'aide		Persévérance	
	Réseau informel	Réseau formel	Réseau informel	Réseau formel
Amélie		+ intervenant du centre jeunesse propose et réfère vers les services spécialisés	+ soutien mutuel d'un ami en traitement - tensions avec cochambreurs en traitement	- intervenants d'une ressource résidentielle organisent rapidement son départ lorsque, sur le coup de la colère, la jeune verbalise le souhait de quitter. Elle précise avoir mentionné souhaiter rester quelques heures plus tard. + alliance thérapeutique significative avec l'intervenant
Béatrice		+ travailler social en milieu scolaire propose et réfère vers les services spécialisés		+ contact apprécié de l'intervenant et les trucs enseignés par l'intervenant sont utilisés avec l'intervenant
Héliène		+ infirmière du milieu scolaire, lors d'un rendez-vous pour des raisons de santé, propose et réfère vers les services spécialisés	+ conjoint et parent encouragent - majorité des amis consommant des SPA	
Marie	+ à la demande de Marie, une amie fait le premier contact avec un intervenant + à la suite de l'échec du premier contact, le père lui planifie un 1er rendez-vous dans les services spécialisés	- avant le début des rencontres, l'intervenant doit s'absenter du travail pour une période significative et lui remet les coordonnées d'un autre intervenant (aide passive)	+ père la soutient en l'encourageant et en témoignant de la fierté + soutien mutuel d'un ami en traitement	
Olivier	- sentiment d'indifférence de la part de ses parents envers lui et les services reçus d'un beau-père	+ intervenant du centre jeunesse propose et réfère vers les services spécialisés	- sentiment d'indifférence de la part de ses parents envers lui et les services reçus - habitudes de consommation de SPA du beau-père	
Simon	+ après plusieurs années de placements depuis son jeune âge, un membre de sa famille devient son tuteur légal (habite chez lui) mais à la condition qu'il cesse son usage de SPA			
Guillaume		+ parents cherchent de l'aide auprès d'un travailleur social + ce même travailleur social conseille d'aller dans les services spécialisés en dépendance		
Cédric		+ pression du milieu scolaire	+ soutien mutuel de la conjointe elle aussi en traitement pour abus de SPA	
Philippe	+ mère donne un ultimatum : quitter la maison ou aller dans les services spécialisés en dépendance	+ intervenant (en concertation avec la mère) oriente vers les services spécialisés		+ continuité dans le lien avec l'intervenant initial des services spécialisés (même s'il transite des services externes à internes) - intervenant des services externes ne reliance pas à la suite d'une absence à un rdv

Note : Les signes « - » ou « + » signifient qui influence en favorisant (+) ou non (-) la demande d'aide ou la persévérance en traitement



### Discussion

Cette étude visait à cerner le rôle du réseau social de l'adolescent vivant des difficultés liées à la consommation de SPA sur sa décision de demander de l'aide et sur sa persévérance en traitement.

#### **Le réseau informel**

Les résultats soulignent le rôle déterminant de la famille dans la démarche thérapeutique. Le soutien parental a un impact significatif sur la décision de demander de l'aide et sur la persévérance en traitement. Les données vont dans le même sens que les résultats de Power et son équipe (2005) qui indiquent que les jeunes dont les parents reconnaissent les difficultés liées aux SPA sont plus enclins à entreprendre un traitement. D'autre part, le manque de ressource et de connaissance au sujet de la problématique des parents peut représenter une barrière à l'accès aux soins (Owens et al., 2002). Conséquemment, il est suggéré d'augmenter les connaissances générales des parents quant à l'abus de substances et au parcours de traitement (Wisdom, Cavaleri, Gogel et Nacht, 2011). Comme une meilleure connaissance des symptômes des troubles liés à l'usage de SPA est susceptible d'accélérer chez les parents une prise de conscience du problème de leur enfant, on peut penser que transmettre des informations sur ce sujet va inciter les parents à réagir face à la consommation de leur enfant et les amener à tenter d'influencer le jeune pour qu'il s'engage au sein de démarches pour obtenir de l'aide.

Lorsque les parents vivent eux-mêmes une problématique de dépendance, le contexte est moins favorable à la reconnaissance des difficultés du jeune et les parents seraient moins en mesure de lui offrir du soutien face à ses problèmes de consommation (Currie, 2001). Dans ces situations, il est possible que les parents ne perçoivent pas les habitudes de consommation du jeune comme problématiques ou qu'ils estiment que le jeune surmontera ses problèmes sans aide extérieure.

Les propos des participants à l'étude appuient l'idée que l'influence de la famille sur l'engagement et la persévérance dans une démarche d'aide est multiple. L'implication des membres de la famille doit être considérée puisqu'elle serait bénéfique (Williams et Chang, 2000). Les résultats de l'étude actuelle rappellent que cette implication peut prendre diverses formes. Elle devrait être fréquemment introduite dans le processus thérapeutique de l'adolescent où et lorsque cela est jugé approprié (Tremblay et al., en préparation).

L'étude indique également que les pairs revêtent un rôle significatif en ce qui a trait au processus thérapeutique des jeunes en difficultés. En plus du soutien qu'ils procurent, ce qui peut être un soutien mutuel, certains renvoient des échos positifs des services et ainsi facilitent la demande d'aide. Ce constat sur l'influence des pairs va dans la même veine que l'observation de Davey-Rothwell et ses collègues (2008) voulant qu'il est plus probable que la personne dans le besoin adhère à un traitement lorsque des amis consommateurs y participent. À l'inverse, des pairs qui normalisent, voire valorisent les activités de consommation font naître des hésitations à entrer en traitement. Ce constat appuie l'intérêt de sensibiliser les adolescents au rôle qu'ils peuvent jouer, dans l'aide à leurs amis qui sont aux prises avec des problèmes de consommation, par le biais d'activités de prévention et de sensibilisation. Les résultats de cette étude offrent un appui supplémentaire à l'importance du soutien et des encouragements de la famille et des pairs dans l'aide aux jeunes aux prises avec des problèmes de consommation (Ballon, Kirst et Smith, 2004 ; Gulliver, Griffiths et Christensen, 2010).

### **Le réseau formel**

Les résultats confirment l'influence que les intervenants peuvent exercer sur le parcours thérapeutique des adolescents en difficulté. L'intérêt qu'ils leur témoignent et leur empathie sont des ingrédients clés de l'alliance thérapeutique, laquelle a une influence positive sur l'engagement dans un traitement et sur l'issue de la démarche (Greener, Joe, Simpson, Rowan-Szal et Lehman, 2007 ; Hawley et Garland, 2008). Les propos des participants indiquent que les intervenants ont avantage à adopter des attitudes proactives pour stimuler la motivation pendant les périodes d'ambivalence. Le rappel des rencontres, la relance à la suite d'une absence, la sollicitation, sont autant de comportements qui peuvent être interprétés comme de l'intérêt de la part de l'intervenant. L'impression que l'intervenant se soucie de l'utilisateur et qu'il est intéressé par sa réalité est perçue positivement (Ballon, Kirst et Smith, 2004). La clarification et le respect des normes, notamment la confidentialité (Helms, 2003), qui encadrent le processus thérapeutique ainsi que la précision des étapes du processus d'intervention sont également des mesures qui soutiennent l'engagement. Il est cependant essentiel que ces ententes soient respectées pour éviter une rupture du lien de confiance.

La structure des rencontres, leur fréquence et leur déroulement gagnent à être expliqués et ajustés aux besoins des adolescents. La question des cibles cliniques visées par l'intervention doit également être abordée : vise-t-elle l'abstinence ou est-elle axée sur d'autres objectifs ? En fait, au cœur des résultats perce l'importance que les intervenants soient attentifs aux besoins et aux attentes des adolescents.

En résumé, les résultats de la présente étude appuient les conclusions de Bergeron et ses collègues (1997) sur l'importance du soutien social perçu sur la démarche d'aide et sur la persévérance en traitement. Cette influence du réseau social vient principalement sous forme de soutien émotionnel fourni par l'entourage immédiat, selon les propos des jeunes rencontrés.

### **Limites**

Cette étude comporte certaines limites qui font en sorte que les résultats doivent être interprétés avec prudence. L'échantillon est composé de neuf adolescents ayant des profils différents quant au traitement dont ils ont bénéficié et quant à leur situation familiale. La généralisation des résultats doit donc être abordée avec précaution. Par ailleurs, si leurs propos représentent en profondeur ce qu'ils ont vécu, de nombreux autres facteurs peuvent influencer la façon dont ils ont vécu leur parcours thérapeutique. Dans le cadre de cette étude, ce sont principalement les éléments liés au réseau social qui ont été explorés, mais il est important de rappeler que de nombreux autres éléments non documentés sont susceptibles d'avoir joué un rôle sur l'expérience vécue.

Malgré ces limites, cette étude permet d'avancer certaines pistes d'action prometteuses pour l'intervention jeunesse en dépendance. Comme le réseau social peut exercer un rôle positif ou négatif sur le parcours thérapeutique des adolescents, il serait important d'accentuer les facteurs positifs en associant étroitement la famille et les pairs à la démarche. Puisque les adolescents sont sensibles à ce que les autres pensent à leur égard et que des membres de la famille et certains amis favorisent la demande d'aide et la persévérance en traitement, ils pourraient s'impliquer davantage en cours de parcours thérapeutique. À l'inverse, éloigner les membres qui consomment ou incitent à consommer favoriserait la persévérance en traitement. Finalement, tout au long du parcours thérapeutique, l'intervenant joue un rôle clé. Plusieurs attitudes ont été soulevées comme aidantes et favorisant un bon lien de confiance ; elles doivent être privilégiées.

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

Des travaux futurs pourront porter sur l'amélioration de l'intégration et de l'impact du réseau informel sur le parcours thérapeutique. Plusieurs pistes pourraient être poursuivies telles que l'inclusion d'une rencontre ou plus avec les membres de la famille et les pairs significatifs et l'usage de diagrammes de réseaux où le jeune serait amené à prendre conscience des types d'influences qu'exercent sur lui les membres de son réseau social. Une étude quantitative pourrait mesurer l'impact de ces influences sur la persévérance en traitement. L'utilisation d'outils d'analyse de réseau et d'outils permettant de quantifier la force des liens pourrait favoriser la progression de nos connaissances. Une étude récente identifie par exemple deux outils communément utilisés pour mesurer la structure du réseau social ainsi que sa qualité : *Interview Schedule for Social Interaction* (ISSI) et *Social Network Schedule* (SNS) (Siette, Gulea et Priebe, 2015).

## Références

- Ballon, B., Kirst, M. et Smith, P. (2004). Youth Help-Seeking Expectancies and their Relation to Help-Seeking Behaviours for Substance Use Problems. *Addiction Research and Therapy*, 12(2), 241-260.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Cournoyer, L. G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Montréal, Québec : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).
- Bergeron, J., Marcil, I. et Laflamme-Cusson, S. (1996). Cheminement et persévérance des clients qui entreprennent un programme de réadaptation en toxicomanie. *Science et comportement*, 24(3), 173-190.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT). (2010). *Les principes de base du traitement de la toxicomanie chez les jeunes*. Ottawa, Ontario : Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes.
- Clark, H. W., MacNeill, H. A., Dennis, M. et Babor, T. (2002). Moving from Research to Practice Just in Time: the Treatment of Cannabis Use Disorders Comes of Age. *Addiction*, 97(1), 1-3.
- Currie, J. C. (2001). *Best Practices. Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.
- Davey-Rothwell, M. A., Kuramoto, S. J. et Latkin, C. A. (2008). Social Networks, Norms, and 12-Step Group Participation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 185-193.
- DHCS. (2015). *Addiction Services in Newfoundland and Labrador*. Repéré à <http://www.health.gov.nl.ca/health/addictions/services.html#1>
- Diamond, G., Godley, S. H., Liddle, H. A., Samples, S., Webb, C., Tims, F. M. et Meyers, R. (2002). Five Outpatient Treatment Models for Adolescent Marijuana Use: A Description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97, Suppl 1, 70-83.
- Gayman, M. D., Cuddeback, G. S. et Morrissey, J. P. (2011). Help-Seeking Behaviors in a Community Sample of Young Adults with Substance Use Disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(4), 464-477.
- Greener, J. M., Joe, G. W., Simpson, D. D., Rowan-Szal, G. A. et Lehman, W. E. (2007). Influence of Organizational Functioning on Client Engagement in Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 139-147.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. et Christensen, H. (2010). Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 10(113). doi : 10.1186/1471-244X-10-113.
- Hawley, K. et Garland, A. (2008). Working Alliance in Adolescent Outpatient Therapy: Youth, Parent and Therapist Reports and Associations with Therapy Outcomes. *Child Youth Care Forum*. 37(2), 59-74.
- Helms, J. L. (2003). Barriers to Help-Seeking Among 12th Graders. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 14(1), 27-40.

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

Landry, M., Cournoyer, L. G., Bergeron, J. et Brochu, S. (2001). Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation : effets de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Science et comportement*, 28(3), 115-143.

Landry, M., Tremblay, J., Bertrand, K. et Ménard, J.M. (2010). *Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance. Avis produit par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le contexte de la mise en œuvre de la réglementation adoptée par le gouvernement du Québec concernant la certification des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique.* Montréal, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J. et Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 37-67.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. et Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of Randomized Clinical Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale.* Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

Owens, P. L., Hoagwood, K., Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Poduska, J. M., Kellam, S. G. et Lalongo, N. S. (2002). Barriers to Children's Mental Health Services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 731-738.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> ed.). Paris, France : Armand Colin.

Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *Mental and Substance Use Disorders in Canada.* Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

Power, T. J., Eiraldi, R. B., Clarke, A. T. et Mazzuca, L. B. (2005). Improving Mental Health Service Utilization for Children and Adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20(2), 187-205.

SAMHSA. (2011). *The National Survey on Drug Use and Health Report.* Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration / Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Rockville.

SAMHSA. (2014). *The National Survey on Drug Use and Health Report.* Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration / Center for Behavioral Health Statistics and Quality.

Siette, J., Gulea, C. et Priebe, S. (2015). Assessing Social Networks in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review of Instruments. *PLoS one*, 10(12) doi:10.1371/journal.pone.0145250.

Simons-Morton, B. et Farhat, T. (2010). Recent Findings on Peer Group Influences on Adolescent Substance Use. *The Journal of Primary Prevention*, 31(4), 191-208.

Slesnick, N. (2001). Variables Associated with Therapy Attendance in Runaway Substance Abusing Youth: Preliminary Findings. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 411-420.

## Parcours thérapeutique : le rôle du réseau social

Streeter, C. L. et Franklin, C. (1992). Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.

Titus, J. C., Godley, S. H. et White, M. K. (2007). A Post-Treatment Examination of Adolescents' Reasons for Starting, Quitting, and Continuing the Use of Drugs and Alcohol. *The Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(2), 31-49.

Traoré, I., Pica, L. A., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M. et Plante, N. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Tremblay, J., Brunelle, N., Blanchette-Martin, N., Landry, M., L'Espérance, N., Laventure, M., Ferland, F., Jacob, S., Demers-Lessard, G. et Savard, A.-C. (2014). *Évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie. Rapport de recherche remis au Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture*. Québec.

Tremblay, J., Rush, B., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., L'Espérance, N., Savard, A.-C. et Demers-Lessard, G. (en préparation). *Estimation des besoins de services jeunesse en dépendance au Québec – EBS – Dépendance Jeunesse. Rapport remis au ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec.

Williams, R. J. et Chang, S. Y. (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical psychology: Science and Practice*, 7(2), 138-166.

Wisdom, J. P., Cavaleri, M., Gogel, L. et Nacht, M. (2011). Barriers and Facilitators to Adolescent Drug Treatment: Youth, Family and Staff Reports. *Addiction Research and Theory*, 19(2), 179-188.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

# Adaptation culturelle d'un programme de prévention universel des dépendances pour les enfants autochtones innus

**Julie-Christine Cotton**, Ph.D., Université de Sherbrooke

**Myriam Laventure**, Ph.D., Université de Sherbrooke

**Jacques Joly**, Ph.D., Université de Sherbrooke

## **Correspondance :**

Julie-Christine Cotton  
Département de psychoéducation  
Université de Sherbrooke  
2500, boul. de l'Université  
Sherbrooke, Québec, J1K 2R1  
Téléphone : 1-819-578-2734  
Télécopieur : 1-819-821-7235  
Courriel : [Julie.Christine.Cotton@USherbrooke.ca](mailto:Julie.Christine.Cotton@USherbrooke.ca)

### Résumé

Plusieurs études canadiennes soulignent le manque de programmes adaptés pour les Autochtones dans le domaine des dépendances, particulièrement en prévention pour les jeunes habitant dans une communauté. À l'aide du modèle d'adaptation culturelle de Kumpfer et ses collègues (2008) et d'un devis mixte incorporé, cette étude vise à décrire l'adaptation en « profondeur » du programme de prévention des dépendances *Système d* pour des élèves en provenance d'une école innue du Québec. Pour le volet qualitatif, différents acteurs du milieu autochtone ont été consultés (un directeur d'école, deux enseignants, deux intervenants scolaires, six animateurs, neuf parents) afin d'adapter le programme en « profondeur ». Pour le volet quantitatif, des journaux de bord ont permis, d'une part, de cibler les activités ayant été réalisées et, d'autre part, de déterminer leur degré d'utilité perçue selon les animateurs et les enseignants des activités ayant été animées. Les principales adaptations apportées au programme concernent la durée des ateliers, les méthodes pédagogiques utilisées pour présenter les concepts et l'intégration de références culturelles autochtones. À la lumière de ces résultats, il est recommandé de poursuivre l'adaptation culturelle de ce programme pour ensuite valider sa pertinence culturelle au sein d'autres écoles autochtones et évaluer son efficacité.

**Mots-clés :** prévention, dépendances, autochtones, enfants, programme, adaptation culturelle

### **Cultural adaptation of a universal addiction prevention program for aboriginal innus children**

#### Abstract

Many Canadian studies emphasise the lack of adapted programs for Aboriginal people in the field of addictions, especially in prevention for the young people living in a community. Using the model of cultural adaptation by Kumpfer et al. (2008) and an incorporated mixed study design, this study aims to describe the in-depth adaptation of the addiction prevention program *System d* for students from an Innu school in Quebec. For the qualitative component, different actors of the Aboriginal community were consulted (one school principal, two teachers, two school educators, six animators and nine parents) in order to adapt the program in depth. For the quantitative component, the logbooks allowed, on one hand, to target the activities carried out and, on the other hand, to determine their usefulness as perceived by the animators and the teachers of the animated activities. The main adjustments made to the program concern the duration of the workshops, the teaching methods used to present the concepts and the integration of Aboriginal cultural references. In light of these results, it is recommended to continue the cultural adaptation of the program and then validate its cultural relevance in other Aboriginal schools and evaluate its effectiveness.

**Keywords:** prevention, addictions, aboriginal, children, program, cultural adaptation



## **Adaptación cultural de un programa de prevención universal de dependencias para los niños autóctonos inúes**

### **Resumen**

Numerosos estudios canadienses subrayan la falta de programas adaptados para los autóctonos en el campo de las dependencias, particularmente en lo que respecta a la prevención destinada a los jóvenes habitantes en una comunidad. Con la ayuda del modelo de adaptación cultural de Kumpfer y col. (2008) y de una estimación mixta incorporada, este estudio tiene como objetivo describir en profundidad el programa de prevención de las dependencias *Systema d* para los alumnos de una escuela inú de Quebec. Para el aspecto cualitativo, se consultó a diversos actores del medio autóctono (un director de escuela, dos maestros, dos miembros del personal escolar, seis animadores, nueve padres), a fin de adaptar el programa en profundidad. En lo que hace al aspecto cuantitativo, los cuadernos de planificación permitieron, por una parte, centrarse en las actividades realizadas y, por la otra, determinar el grado de utilidad percibido por los animadores y los maestros de las actividades que se animaron. Las principales adaptaciones que se realizaron al programa conciernen a la duración de los talleres, los métodos pedagógicos empleados para presentar los conceptos y la integración de referencias culturales autóctonas. A la luz de estos resultados, se recomendó continuar con la adaptación cultural de este programa para validar a continuación su pertenencia cultural en el seno de otras escuelas autóctonas y evaluar su eficacia.

**Palabras clave:** dependencias, autóctonos, niños, programa, adaptación cultural

### Introduction

Un nombre inquiétant d'enfants autochtones s'initient à la cigarette, à l'alcool et au cannabis dès l'âge scolaire primaire (Coleman, Charles et Collins, 2001; Cotton, 2009; Cotton et Laventure, 2013). Or, les études canadiennes soulignent le manque, voire l'absence de ressources adaptées pour les Autochtones dans le domaine des dépendances, particulièrement pour ceux habitant dans une communauté (Dell et Lyons, 2007; Grover, 2010). En effet, dans certaines communautés, la sélection des programmes de prévention en dépendance serait davantage dictée par les urgences, le manque d'infrastructures et de personnel formé (Kinnon, 2002) que par leur validité scientifique. Ainsi, les programmes de prévention offerts dans les communautés autochtones s'avèrent souvent mal adaptés aux réalités culturelles (Grover, 2010).

Selon les données les plus récentes du Secrétariat aux affaires autochtones du gouvernement du Québec, en 2012, près de 68,3% de l'ensemble des Premières Nations du Québec habitent dans des communautés (59 471 Autochtones), ce qui représente 0,74% de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2015). Selon cette même source, les Innus, peuple autochtone dont il est question dans la présente étude, constituent la deuxième nation la plus peuplée au Québec, avec un total de 18 820 individus. De ce nombre, on recense 12 152 Innus qui habitent parmi dix communautés du Québec, réparties dans les régions de la Côte-Nord, de la Basse-Côte-Nord et du Lac-Saint-Jean. En 2012, ces communautés comportaient respectivement entre 198 et 3 258 habitants. L'innu est la langue maternelle pour plusieurs de ces communautés, la langue seconde étant principalement le français (Drapeau, 2011). Certaines communautés sont situées dans des milieux un peu plus urbains, alors que d'autres se trouvent dans des milieux ruraux, accessibles seulement par bateau, train ou avion.

Dans les écoles innues de la Côte-Nord et de la Basse-Côte-Nord, alors que 6% des élèves du primaire (71 élèves) requièrent un cheminement en classe spéciale, une fois au secondaire, c'est 42% de ces jeunes (256 élèves) qui nécessitent de tels services (Institut Tshakapesh, 2013). Pour certains jeunes autochtones québécois, dont les Innus, le retard et l'abandon scolaire s'avèrent préoccupants (Larose, Bourque, Terrisse et Kurtness, 2001; Pronovost, Plourde, Alain, Eveno et Laperrière, 2009).

La science préventive auprès des populations autochtones comporte le défi de bien cibler les facteurs de risque et de protection associés à la consommation de psychotropes pour cette population. Toutes populations confondues, il est reconnu que la consommation d'alcool et de drogues peut être influencée par une multitude de facteurs personnels, familiaux, sociaux et environnementaux (Leyton et Stewart, 2014). Des études démontrent que, chez les Autochtones, la consommation de psychotropes résulterait de l'interaction entre des facteurs individuels, les expériences (exposition à des traumatismes) ainsi que les contextes sociaux et culturels (Akins, Lanfear, Cline et Mosher, 2013; Rumbaugh Whitesell et al., 2012). À titre d'exemple, chez les Autochtones canadiens et québécois, la fréquentation forcée et les mauvais traitements subis dans les pensionnats sont associés aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez cette population (Ross, 2013). Dans les communautés autochtones américaines, canadiennes et québécoises, il est aussi démontré que la structure sociale et la pauvreté économique sont d'importants facteurs explicatifs de la consommation (Akins, Lanfear, Cline et Mosher, 2013; Roy, 2005). Un enjeu de taille réside donc dans la sélection des ingrédients actifs et la mise en place des mécanismes d'action pour que les programmes visant à prévenir la consommation de psychotropes chez les populations autochtones produisent les effets escomptés.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Ainsi, pour les Autochtones, certains auteurs croient qu'il est préférable de développer entièrement le contenu des programmes de prévention tout en consultant des acteurs-clés afin qu'ils soient spécifiquement adaptés à leur culture (Okamoto et al., 2014). Cette façon de faire est toutefois onéreuse en terme de temps et de ressources financières (Okamoto et al., 2014). C'est pourquoi d'autres auteurs militent plutôt en faveur de l'adaptation des programmes universels prometteurs ou probants, en impliquant des acteurs-clés en provenance des milieux autochtones (Holleran Steiker et al., 2008; Okamoto, Helm, McClain et Dinson, 2012). Cette dernière approche, lorsque bien orchestrée, permet d'adapter les programmes d'une façon rigoureuse (Chino et DeBruyn, 2006; Dell et al., 2012; Grover, 2010; McKennitt, 2007; Raghupathy et Forth, 2012; Whitbeck, Walls et Welch, 2012; Moodie, 2010; Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008).

Bien que les avis demeurent partagés, même si le fait d'adapter un programme à la culture d'une population n'est pas garant des effets prévus pour le programme initial, l'adaptation peut favoriser la qualité de son implantation (Castro, Barrea et Martinez, 2014; Halle, Metz et Martinez-Beck, 2013) ainsi que l'engagement et la rétention des participants (Castro et al., 2004; Kumpfer, Alvarado, Smith et Bellamy, 2002). En effet, le recrutement des populations autochtones et leur engagement à l'égard d'un programme peuvent s'avérer difficiles (Beals, Manson, Mitchell et Spicer, 2003; Kumpfer, Alvarado, Smith et Bellamy, 2002; Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008). Or, son adaptation culturelle est une façon de le rendre plus pertinent pour cette population (Resnikow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia et Butler, 2000), favorisant par le fait même son implantation et son efficacité (Durlak, 2010; 2013; Halle, Metz et Martinez-Beck, 2013; Meyers, Durlak et Wandersman, 2012).

Les populations autochtones détiennent effectivement des valeurs et des coutumes desquelles il faut tenir compte dans les activités préventives qui leur sont offertes (Grover, 2010). L'adaptation culturelle d'un programme réfère à des modifications dans son contenu et son processus afin qu'il soit sensible à la culture d'une population (Kumpfer, Alvarado, Smith et Bellamy, 2002). Bernal (2006) spécifie que l'adaptation culturelle d'un programme consiste en des modifications afin de considérer la langue, la culture et le contexte, de sorte qu'il soit compatible avec la façon de penser et les valeurs de la population ciblée.

Le principal défi lors de l'adaptation culturelle d'un programme réside dans l'équilibre entre le maintien des « ingrédients » qui assurent son efficacité et le retrait ou l'ajout de nouveaux éléments permettant de l'adapter au groupe culturel ciblé (Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008). Ainsi, en respectant la nature du programme, il faut pouvoir ajouter des éléments qui permettront de rejoindre les particularités de la population ciblée. Deux objectifs s'opposent alors, soit : (a) implanter avec fidélité un programme de prévention reconnu efficace et (b) implanter un programme de prévention qui correspond aux besoins et aux caractéristiques spécifiques d'une population ciblée (Castro, Barrera et Martinez, 2004).

Pour satisfaire ces deux objectifs, les auteurs proposent deux types d'adaptation, c'est-à-dire de « surface » ou en « profondeur » (Castro, Barrera et Martinez, 2004; Resnikow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia et Butler, 2000; Ringwalt et Bliss, 2006). L'adaptation de « surface » vise à assurer la congruence générale entre les éléments de base du programme et les caractéristiques de la population ciblée, en ajoutant par exemple des chansons ou des images adaptées aux caractéristiques des participants (Resnikow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia et Butler, 2000). L'adaptation en « profondeur » implique pour sa part une compréhension plus importante des spécificités et des normes culturelles. Elle peut notamment s'observer par la révision du protocole d'interventions du programme, tel le fait de changer la durée des ateliers, la langue utilisée pour adresser le contenu, ou encore, les exemples fournis aux participants (Resnikow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia et Butler, 2000, 2000).

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

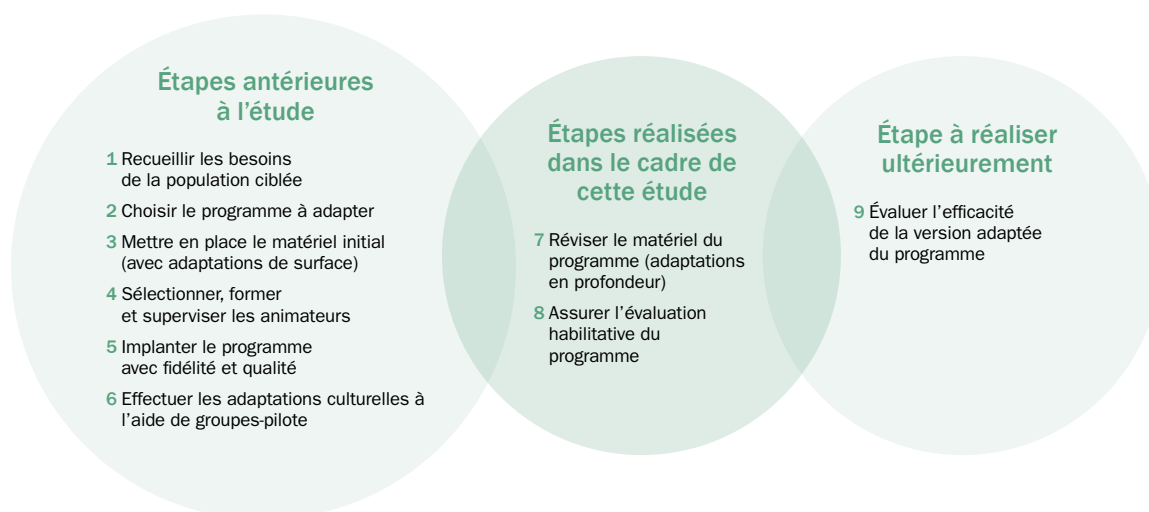
Qu'il s'agisse de modifications de « surface » ou de « profondeur », l'adaptation d'un programme nécessite un processus rigoureux (Castro, Barrera et Martinez, 2004 ; Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008 ; McKleroy et al., 2006 ; Ringwalt et Bliss, 2006 ; Unger, Soto et Thomas, 2008 ; Wingwood et DiClemente, 2008).

Dans la présente étude, le modèle d'adaptation culturelle de Kumpfer et de ses collègues (2008) est privilégié pour orienter l'implantation et l'adaptation d'un programme de prévention des dépendances dans quatre écoles innues du Québec. L'avantage de ce modèle réside dans l'importance accordée à la sélection de la main-d'oeuvre pour l'animation, la formation au programme ainsi que la supervision de son implantation. Des connaissances et des compétences sont effectivement nécessaires chez les personnes qui adaptent et implantent un programme (Organisation nationale de la santé autochtone, ONSA, 2008 ; Skaff, Chesla, Mycye et Fisher, 2002). D'autant plus que leur formation au programme a un effet sur la qualité de son implantation (Durlak, 2013). Le modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008) a également été sélectionné parce qu'il a déjà servi à adapter un programme de prévention des troubles de comportement pour des enfants autochtones et leurs familles (*Strengthening Family Program*, Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008). Il s'avère ainsi réalisable auprès de cette population spécifique.

Le modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008) comprend neuf étapes permettant de procéder à l'adaptation culturelle d'un programme. Ces étapes sont de : (1) recueillir les besoins de la population ciblée, (2) choisir le programme à adapter, (3) mettre en place le matériel initial du programme, (4) sélectionner, former et superviser les animateurs, (5) implanter le programme avec fidélité et qualité, (6) effectuer les adaptations culturelles à l'aide de groupes-pilote, (7) réviser le matériel du programme, (8) assurer l'évaluation habilitative du programme et (9) évaluer l'efficacité de la version adaptée du programme.

Toutes ces étapes impliquent que la démarche repose non pas sur une seule étude, mais plutôt sur une séquence d'études. C'est ce qu'illustre la figure 1, où nous indiquons que les étapes 1 à 6 du modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008) ont été réalisées préalablement à la présente étude. Ces étapes sont résumées sommairement ci-dessous.

Figure 1 : Étapes concernées par l'étude



## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Tout d'abord, afin de recueillir les besoins de la population ciblée (première étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008), une étude portant sur les prévalences d'initiation et de consommation de psychotropes chez les enfants innus (Cotton, 2009; Cotton et Laventure, 2013) a été consultée. Les données issues de cette étude ont motivé les premières actions adaptatives du programme *Système d* original avant même qu'il soit implanté dans les écoles innues. Plus précisément, considérant la forte prévalence d'enfants déjà initiés à la cigarette, à l'alcool ou au cannabis en 6<sup>e</sup> année, le programme, se voulant préventif, a plutôt été implanté auprès des élèves innus de la 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année du primaire. En effet, de type universel, *Système d* s'adresse initialement à tous les élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire et vise à favoriser leur passage au secondaire. Ainsi, pour les enfants participant à cette étude, *Système d* vise plutôt à favoriser leur passage de l'enfance à la préadolescence.

Dans un premier temps, le programme de prévention universel des dépendances *Système d* (Forgues, Godin, Paquin, Paradis et Poulin, 2007) a été choisi comme programme à adapter (seconde étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008). Ce programme vise à prévenir les dépendances par le biais d'activités de développement des compétences personnelles et sociales. Il a également pour objectif de sensibiliser les parents à l'égard de leurs pratiques parentales. *Système d* comporte ainsi deux volets, soit un pour les enfants et un pour les parents.

Le volet enfant comporte quatre ateliers animés en classe. En résumé, l'atelier 1 porte sur les influences (60 minutes). Il vise à conscientiser les jeunes à l'égard des sources d'influence et de pression présentes dans leur vie quotidienne. L'atelier 2 porte sur la consommation et les médias (120 minutes). Il permet aux jeunes de développer une distance critique à l'égard de la publicité et de différents produits de consommation, distance qu'ils pourront ensuite appliquer lorsqu'il sera question de produits pouvant causer une dépendance (alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent). L'animation de cet atelier est divisée en deux, une portion est assurée par l'animateur habituel alors que l'autre est animée par l'enseignant du groupe-classe. L'atelier 3 aborde la gestion du stress (60 minutes). Les jeunes sont alors amenés à identifier des situations stressantes et des moyens pour gérer leur stress. Enfin, l'atelier 4 concerne l'affirmation de soi et la résolution de problèmes (60 minutes). Il vise à ce que les jeunes développent des techniques pour faire face aux pressions négatives.

En plus des ateliers, un projet de réinvestissement des apprentissages (PRA) est développé avec les élèves tout au long de l'implantation de *Système d*. Le PRA permet aux jeunes d'approfondir leurs acquis relativement au contenu abordé dans les ateliers du programme, par l'entremise d'une création collective ou individuelle. Les parents et les membres du personnel scolaire sont conviés à la présentation du PRA à la fin du programme.

Concernant le volet parent, l'envoi de six communiqués est prévu par le biais des jeunes participants. Ces communiqués visent à informer les parents sur les ateliers du programme et le PRA, sur des astuces pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie à la maison et sur les ressources disponibles en cas de besoin. Ces communiqués incitent également les parents à dialoguer avec leur enfant à propos des activités de *Système d*.

Le programme *Système d* a en partie été retenu pour son protocole d'intervention opérationnel et aisé à mettre en place. De surcroît, il répond aux critères d'efficacité reconnus pour la prévention des dépendances (Gagnon, April et Tessier, 2012; Laventure, Boisvert et Besnard, 2010) et repose sur un cadre théorique reconnu (Forgues, Godin, Paquin, Paradis et Poulin, 2007).

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Afin de compléter l'étape 2, une consultation sur la pertinence du choix du programme a été réalisée auprès de six intervenants œuvrant en moyenne depuis 7,3 ans en milieu scolaire innu. Cette consultation visait également à effectuer des adaptations de « surface » au programme, préalablement à son implantation. À la suite de cette consultation, des modifications ont été apportées à l'atelier 2, en modifiant des images et des éléments de vocabulaire afin qu'ils correspondent davantage aux références culturelles des enfants innus. Or, dans le but de respecter les recommandations de Kumpfer et de ses collègues (2008) voulant que le programme sélectionné doit être implanté tel quel outre des adaptations de « surface », le reste de son contenu est demeuré inchangé.

À l'automne 2011, à la suite des adaptations de « surface », quatre écoles primaires innues ont accepté de mettre en place le matériel initial du programme (troisième étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008). Le processus proposé pour l'implantation du programme a été planifié tel que suggéré par les concepteurs de *Système d*.

Afin de sélectionner, former et superviser les animateurs du programme (quatrième étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008), à l'été 2011, six animateurs ont été choisis parmi les étudiants du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> cycle en psychoéducation à l'Université de Sherbrooke à l'aide d'entrevues de sélection. Ces derniers ont reçu une formation sur le programme initial et ont été attirés à une école parmi les quatre milieux scolaires innus.

Pour implanter le programme avec fidélité et qualité (cinquième étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008), l'ensemble des animateurs ont bénéficié, dès leur arrivée dans les communautés innues, à l'automne 2011, d'une supervision pour faciliter l'implantation de la version initiale du programme, à raison d'une rencontre d'une heure aux deux semaines via Skype et visioconférence. Un calendrier d'implantation a également été élaboré de façon détaillée.

Enfin, pour permettre d'effectuer les adaptations culturelles à l'aide de groupes-pilotes (sixième étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008), à l'automne 2011, quatre écoles innues ont implanté la version du programme de prévention des dépendances *Système d* ayant été adaptée en « surface ».

Dans le cadre de la présente étude, nous complétons le processus d'adaptation culturelle du programme *Système d*, par la réalisation des étapes sept et huit du modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008). Ces deux étapes importantes visent à réviser le matériel du programme et à assurer son évaluation habilitative.

## L'Étude

### Objectif de l'étude

Cette étude<sup>[1]</sup> vise à décrire la révision (adaptations en « profondeur ») du programme *Système d* (septième étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008) pour des élèves innus.

### Méthodologie

La méthodologie de cette étude s'inspire de la huitième étape du modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008) servant à assurer l'évaluation habilitative du programme. Ce type d'évaluation

---

<sup>1</sup> Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

viser l'implication des gens du milieu d'implantation pour procéder à l'adaptation culturelle du programme, et ce, dès le début du processus de recherche. En effet, plusieurs répondants scolaires et communautaires ont été sollicités pour l'adaptation de *Système d*.

Un devis mixte incorporé (*embedded design*) a été utilisé pour répondre à l'objectif de la présente étude (Plano Clark et Creswell, 2011). Les groupes de discussion ont permis de recueillir les suggestions d'adaptations émises par les différents acteurs à l'égard du programme (étapes 7 et 8). Les journaux de bord ont permis, d'une part, de cibler les activités ayant été réalisées et, d'autre part, de déterminer le degré d'appréciation des animateurs et des enseignants à l'égard des activités ayant été animées. Si les étapes 1 à 6 du modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008) ont été réalisées dans quatre écoles innues du Québec, une seule de ces écoles a participé à toutes les étapes du processus d'adaptation de *Système d*. Dans cet article, il sera question des données recueillies dans cette école.

Différents acteurs, dont les élèves innus, ont participé au processus d'adaptation du programme. Afin de réviser le matériel de la version initiale du programme<sup>[2]</sup>, différents répondants ont été interrogés, soit les animateurs du programme (n=6)<sup>[3]</sup>, les intervenants scolaires (n=2), les enseignants (n=2), la direction de l'école (n=1) et les parents d'élèves ayant participé au programme initial (n=9). À l'automne 2012, 28 élèves de 4<sup>e</sup> année (n=16) et 5<sup>e</sup> année (n=12) du primaire ont participé à la version adaptée du programme *Système d*.

### Déroulement de l'étude et collecte de données

Tout d'abord, la collecte de données auprès des différents répondants du milieu (animateurs, intervenants scolaires, enseignants, direction, parents innus) a été effectuée afin de répondre au premier objectif de l'étude et ainsi réaliser la septième étape du modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008). Celle-ci visait, dans un premier temps, à recueillir leurs suggestions d'adaptation en « profondeur » de la version initiale du programme *Système d* ayant été implanté au cours de l'année scolaire. Les données relatives à la satisfaction et aux suggestions d'adaptation ont été collectées par le biais d'entrevues individuelles et de groupes de discussion, effectuées à la fin de l'implantation du programme, ainsi que par la complétion de journaux de bord maison tout au long de son implantation.

Les groupes de discussion ont duré en moyenne 90 minutes. Un premier groupe a été réalisé auprès des animateurs, puis un second auprès des enseignants et des intervenants scolaires. Un groupe de discussion de 30 minutes a également été réalisé auprès des parents innus. Enfin, une entrevue individuelle de 60 minutes a été effectuée auprès de la direction de l'école. L'animation des groupes de discussion et de l'entrevue a été effectuée par la première auteure de cet article et leur enregistrement audio a été assuré. Pour chacun des entretiens, un guide d'entrevue a été développé et les thèmes ont été adaptés selon chaque catégorie de répondants. Des exemples de thèmes discutés sont : la satisfaction générale à l'égard du programme, les caractéristiques du programme les plus et les moins appréciées, la satisfaction à l'égard de l'implantation, les activités les plus et les moins appréciées et la participation des enfants.

---

<sup>2</sup> La version initiale du programme de prévention *Système d* réfère à la version originale ayant été adaptée en « surface ». Cette adaptation est décrite en introduction.

<sup>3</sup> Afin de bonifier l'adaptation en « profondeur » du programme, les six animateurs répartis dans les quatre écoles innues ayant implanté la version initiale du programme ont été consultés.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Les journaux de bord étaient systématiquement complétés par les animateurs et les enseignants à la suite de l'animation de chacun des ateliers. Ces journaux de bord ont permis de recueillir les informations et les commentaires relativement à l'appréciation ainsi que l'utilité perçue des répondants pour chaque activité ainsi que les explications relatives aux activités n'ayant pas été réalisées. Ces journaux de bord ont été complétés tout au long de l'implantation de la version initiale du programme et comportaient des grilles de cotations pour chaque activité prévue en vue d'adapter le contenu du programme.

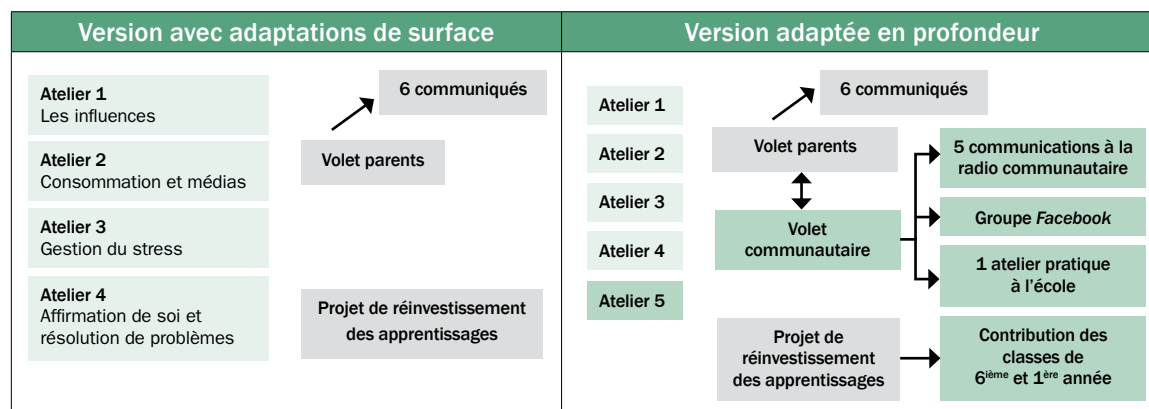
### Analyse des données

La méthode de l'analyse de contenu thématique a été utilisée pour traiter les données qualitatives en provenance des groupes de discussion, des entrevues individuelles et des journaux de bord (Paillé et Mucchielli, 2003). Cette méthode a permis d'extraire les données de façon systématique, méthodique et objective (Paillé et Mucchielli, 2003). Les verbatims des entretiens ont été codifiés selon les thèmes à l'étude. Pour les données en provenance des journaux de bord, une analyse documentaire a été effectuée, pour ensuite regrouper les données selon les thèmes (Cellard, 1997). Afin de minimiser les biais, l'ensemble de la codification et des analyses a été effectué par deux étudiants gradués et formés au logiciel N'VIVO10 sous la direction de la première auteure.

### Résultats

Les résultats colligés relativement à l'objectif 1 visant à réviser le matériel du programme (septième étape du modèle de Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008) sont présentés sous forme de constats et d'adaptations réalisées. Le tableau 1 permet d'illustrer les adaptations générales effectuées au programme *Système d*, à partir du matériel qualitatif recueilli. Afin d'alléger le texte, seules les adaptations apportées aux ateliers 2 et 4 du volet enfant ainsi qu'au volet parent et au PRA sont présentées de manière plus exhaustive.

**Tableau 1 : Adaptations effectuées au programme *Système d***



### Constats généraux et adaptations réalisées

**Durée des ateliers.** Le manque de temps ou la mauvaise répartition du temps entre les différentes activités à animer dans les ateliers est relevé par les enseignants et les animateurs, et ce, pour l'ensemble du programme. Considérant une baisse notable de l'attention des enfants après 45 minutes d'animation, une majorité d'enseignants et d'intervenants scolaires soulignent que les ateliers devraient être moins longs, mais plus fréquents.



## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

*«Ça a bien marché, mais c'était quand même long les exercices... Des fois, on voyait que les jeunes étaient tannés un peu là...» (animateur)*

Pour répondre à ces obstacles rencontrés, des adaptations en « profondeur » ont été apportées au protocole d'intervention du programme. En effet, la durée de chacun des ateliers a été écourtée de 15 minutes. Pour ce faire, certains contenus jugés inutiles par les répondants (majoritairement les activités d'approfondissement) ont été retirés alors que d'autres ont été réorganisés (ateliers 4 et 5). Un cinquième atelier a effectivement été créé afin de réorganiser et couvrir l'ensemble du contenu gardé.

**Contenu des ateliers.** Tous les enseignants et les animateurs s'entendent pour dire que, malgré les adaptations de « surface » apportées au programme, plusieurs concepts s'avèrent trop complexes pour les enfants innus et difficiles à transmettre. À titre d'exemple, dans l'atelier 1, les animateurs ont eu de la difficulté à expliquer les influences et l'équilibre de vie aux enfants. Dans l'atelier 3, les notions entourant le stress ont également été difficiles à transmettre aux enfants innus qui n'utilisent pas ce terme au quotidien comme l'illustre la citation suivante :

*« Ils ne savaient pas c'était quoi le stress. (...) Ils connaissaient les symptômes ouais, mais pas le mot. » (animateur).*

Des enseignants et des intervenants scolaires indiquent que le contenu du programme devrait être traduit en innu, alors que la direction et les animateurs croient le contraire. Enfin, les parents mentionnent que tous les niveaux scolaires devraient être visés par *Système d*. Cette suggestion a été considérée dans la portion du PRA qui sera discutée ultérieurement.

Pour pallier ces constats, des adaptations de « surface » ont été apportées au programme, tel que l'ajout de synonymes en français ou en innu pour expliquer les concepts plus complexes aux enfants. Puisque les répondants ne s'entendaient pas sur l'utilité de traduire le contenu du programme, celui-ci est demeuré en français. Or, en cas de besoin et tel que suggéré par l'ensemble des répondants, la présence d'un traducteur innu est maintenant suggérée pour aider au besoin, lors de l'animation des ateliers. Si les objectifs de chacun des ateliers sont demeurés les mêmes, comme il sera explicité dans la section suivante, certaines activités ont été retirées (sensibilisation relativement à la surexposition du corps), alors que des exemples plus spécifiques au quotidien et à la culture des enfants innus ont été ajoutés (mise en situation où un enfant est invité à faire de la motoneige). En lien avec la complexité de certains concepts, des stratégies pédagogiques permettant d'illustrer le contenu à l'aide d'exemples du quotidien des jeunes et d'illustrations sont suggérées.

**Animation des ateliers.** L'animation du contenu de certains ateliers, plus spécifiquement celui de l'atelier 3, a nécessité plus de gestion de classe de la part des animateurs et des enseignants. Ces répondants soulèvent le besoin de bouger des enfants ainsi que leurs difficultés d'attention et de compréhension par rapport au contenu. Les répondants rapportent également que certains élèves s'investissaient moins lorsqu'il était question de sujets plus intimes, tels que les événements de vie stressants. D'une part, les animateurs auraient aimé recevoir plus d'aide de la part des enseignants à titre de coanimateurs. D'autre part, les enseignants trouvent que ce sont plutôt les intervenants scolaires (ex. : éducateur spécialisé) qui devraient coanimer les ateliers avec les animateurs. La citation suivante illustre bien cette ambiguïté relativement à l'animation des ateliers :

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

*«Ben on en avait parlé avec la prof de 5<sup>e</sup> année, mais elle a préféré que ça soit nous qui animons pour l'atelier 1... qu'on prenne le devant pour cet atelier-là. Puis, elle n'a jamais vraiment voulu animer finalement... Elle était plus en support après.» (animateur)*

Afin d'animer le contenu s'avérant plus sensible pour les participants, tels que les événements de vie stressants, des adaptations de « surface » ont été apportées au programme. Des exemples s'apparentant à la réalité des enfants innus, sans pour autant être trop personnalisés, ont effectivement été ajoutés. Des mises en situation propres aux animateurs sont également présentées aux enfants. De plus, des méthodes d'animation plus interactives et des pauses sont suggérées pour maximiser l'attention des enfants. Enfin, la coanimation d'un animateur et de l'enseignant des groupes-classe a été officialisée dans la version adaptée du programme, et ce, pour l'ensemble du contenu du programme, plutôt que pour certaines parties uniquement.

### **Adaptations spécifiques aux ateliers – exemple de l'atelier 2**

Les adaptations spécifiques à l'atelier 2 sont présentées afin d'illustrer plus en détail le travail réalisé. Cet atelier a été choisi parce qu'il représente bien les enjeux relativement aux particularités culturelles du milieu d'implantation. Les principales difficultés relevées pour l'atelier 2 sont le manque de temps, la complexité des concepts à animer, la nature des exemples donnés et les effets iatrogènes ayant été observés à la suite de son animation. Les enseignants et des animateurs soulignent d'abord une difficulté de compréhension plus marquée chez les enfants de 4<sup>e</sup> année comparativement à ceux de 5<sup>e</sup> année. L'activité sur la consommation et les médias a également été perçue comme étant trop longue pour le niveau d'attention des enfants innus. Enfin, les animateurs rapportent que le contenu de cet atelier semble avoir créé des effets iatrogènes. En effet, alors qu'il visait à développer un sens critique chez les enfants face à l'industrie médiatique, certains d'entre eux ont commencé à porter des vêtements griffés à la suite de son animation.

*«On n'avait pas réalisé à quel point on avait parlé de Puma dans cet atelier-là. En 4<sup>e</sup> année, les jeunes ont vraiment, vraiment accroché là-dessus. (...) Deux semaines après, ils revenaient de Sept-Îles, puis ils avaient tous une casquette ou un chandail Puma ! Après cet atelier-là, il y a comme eu une vague de Puma dans l'école.» (animateur)*

Par ailleurs, selon eux, certains contenus correspondaient peu aux caractéristiques développementales ou culturelles des enfants. À titre d'exemple, les répondants jugeaient que la suggestion d'analyser les messages véhiculés dans les publicités d'alcool comportait un risque d'effets iatrogènes, surtout chez les participants de 4<sup>e</sup> année étant donné leur bas âge. Un autre exemple concerne le contenu sur la sensibilisation relativement à la surexposition du corps que les répondants suggèrent de retirer. En effet, ils expliquent qu'au quotidien, ils doivent plutôt encourager les élèves à retirer leurs habits de neige pour se présenter en classe. D'autant plus que les vêtements jugés sexy ne constituent pas un enjeu dans l'école concernée.

Dans la version adaptée, comme présentée dans le tableau 2, le contenu de cet atelier est désormais animé de façon plus dirigée lorsque vient le temps d'aborder les contenus jugés à risque d'effets iatrogènes, tel que les thèmes portant sur la publicité. En effet, moins de temps est prévu pour poser certaines questions aux enfants, permettant ainsi aux animateurs de nuancer le contenu davantage, notamment lors de la présentation *PowerPoint* portant sur la consommation et les médias où des produits de consommation sont présentés. Pour le reste du contenu, l'animation

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

est plus interactive et visuelle, en faisant bouger les enfants de différentes façons lors de l'atelier (utilisation de cartons de votes et de dominos pour expliquer les influences aux enfants, faire écrire les enfants au tableau, prendre une pause). Des exemples plus spécifiques à la réalité culturelle des enfants sont également fournis. À titre d'exemple, lorsque les produits de consommation sont discutés avec les enfants, les marques de vêtements ont été adaptées en fonction de leur réalité et des marques de motoneiges ont remplacé les marques d'automobiles. De plus, les billets de bingo disponibles dans les dépanneurs sont ajoutés aux exemples donnés pour démontrer aux enfants que ce produit de consommation est relativement accessible dans leur quotidien.

**Tableau 2 : Adaptation de l'atelier 2**

Version originale	Version adaptée
<b>Objectif : Amener le jeune à nommer les sources d'influence auxquelles il est exposé.</b>	
<b>Activités :</b> <b>Les sources d'influence</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui m'influence?</li> <li>• Avantages et inconvénients</li> <li>• Carte psychologique sur l'alimentation</li> </ul>	<b>Activités :</b> <b>Les sources d'influence</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui m'influence?</li> <li>• Avantages et inconvénients</li> </ul>
<b>Durée : 60 minutes</b>	<b>Durée : 45 minutes</b>
<b>Bonification de l'animation (version adaptée) :</b> <b>Suggestions de stratégies pédagogiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation de dominos pour expliquer les influences aux jeunes.</li> <li>• Utilisation de cartons de vote pour l'activité <i>Sources d'influence</i>.</li> <li>• Les jeunes sont invités à écrire au tableau.</li> <li>• Faire de courtes pauses / périodes d'étirements au besoin.</li> </ul> <b>Exemples pour illustrer le contenu :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Billets de bingo cités en exemple pour la consommation.</li> <li>• Marques de produits adaptés à leur réalité culturelle (motoneige)</li> </ul>	

### **Adaptations spécifiques aux ateliers – exemple de l'atelier 4**

L'atelier 4 a été, comme tous les autres ateliers, ponctué par le manque de temps et la complexité de certains concepts abordés. Cet atelier est également critiqué pour la surcharge des concepts théoriques devant être abordés considérant la durée prévue. Une autre particularité associée à cet atelier concerne le manque d'assurance ressenti chez certains animateurs pour aborder la résolution de problèmes. À l'unanimité, les animateurs rapportent que ce concept était difficile à transmettre considérant le temps restreint pour ce faire, la capacité d'attention des enfants et leur réalité culturelle.

Pour couvrir l'ensemble des activités, plus de temps est prévu dans la version adaptée. Comme présenté dans le tableau 3, le contenu de l'atelier 4 a été découpé en deux ateliers de 45 minutes, créant ainsi un cinquième atelier au programme *Système d* adapté en « profondeur ». Pour faciliter la transmission du contenu lié à la résolution de problème, l'accent est mis davantage sur les techniques de résistance aux pressions négatives. Des exemples ont également été adaptés à la réalité des enfants innus. À titre d'exemple, une mise en situation relative à l'affirmation de soi illustre un jeune qui offre à un autre de l'accompagner sur le lac gelé alors que cela constitue un danger potentiel.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

**Tableau 3 : Adaptation de l'atelier 4**

Version originale	Version adaptée
<b>Objectif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amener le jeune à appliquer la résolution de problèmes face à une situation de la vie quotidienne.</li> <li>• Amener le jeune à connaître des stratégies pour résister aux influences négatives dans son milieu de vie.</li> <li>• Amener le jeune à appliquer la résolution de problèmes face à une situation de la vie quotidienne.</li> </ul>	<b>Objectif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amener le jeune à appliquer la résolution de problèmes face à une situation de la vie quotidienne.</li> </ul>
<b>Activités :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'affirmation de soi</li> <li>• Les amis et l'affirmation de soi</li> <li>• La résistance aux pressions négatives                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques de résistance aux pressions</li> </ul> </li> </ul>	<b>Activités :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'affirmation de soi</li> <li>• Les amis et l'affirmation de soi</li> </ul>
<b>Durée : 60 minutes</b>	<b>Durée : 45 minutes</b>
<b>Bonification de l'animation :</b> Faire assoir les enfants par terre, en cercle.	
Atelier 5	
	<b>Objectif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amener le jeune à connaître des stratégies pour résister aux influences négatives dans son milieu de vie.</li> </ul>
	<b>Activités :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La résistance aux pressions négatives                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques de résistance aux pressions</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Durée : 45 minutes</b>
<b>Bonification de l'animation :</b>	
<b>Suggestions de stratégies pédagogiques :</b> Faire assoir les enfants par terre, en cercle.	
<b>Exemples pour illustrer le contenu :</b> Exemples adaptés : « <i>Viens avec nous! On va faire du ski-doo sur le lac gelé!</i> »	

### Adaptations du volet parent

Unanimement, les répondants mentionnent que les communiqués acheminés aux parents par le biais des enfants ne se rendaient généralement pas à la maison.

*« (...) ils la mettaient sur la tablette, puis ils partaient sans. Ça restait là deux semaines... Les concierges finissaient par la ramasser. »* (animateur)

Un animateur précise également qu'il arrivait que l'enseignant oublie de remettre les communiqués aux enfants avant qu'ils quittent la classe. Les répondants, dont la direction de l'école, indiquent également que certains parents ne parlent pas et ne lisent pas le français. Les animateurs, les enseignants et les intervenants scolaires croient par ailleurs que trop d'informations sont présentes dans les communiqués. Quelques enseignants et intervenants scolaires proposent de traduire les communiqués en innu, alors que la direction croit qu'il est préférable de le maintenir en français.

Tous les parents innus affirment que les communiqués sont importants et, contrairement aux autres répondants, ils préfèrent avoir plus d'informations que moins. Ils affirment également vouloir être davantage informés sur le programme. Toutefois, seul le tiers d'entre eux confirme avoir lu les communiqués en entier, d'autant plus que presque la moitié d'entre eux mentionne ne jamais avoir reçu de communiqués à la maison tout au long de l'implantation du programme.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Tous les répondants, incluant les parents innus, recommandent d'utiliser la radio communautaire afin de transmettre les informations sur les ateliers du programme. Les animateurs suggèrent aussi de mettre en place quelques rencontres avec les parents au cours de son implantation. Enfin, les parents innus recommandent de les convier à des rencontres concernant le programme et de créer un groupe Facebook pour leur transmettre les principales informations.

Les modifications apportées au volet parent concernent principalement l'adaptation ou l'ajout de médiums pour les rejoindre. Tout d'abord, en ce qui concerne les communiqués écrits, leur contenu est demeuré en français. Leur apparence a toutefois été revue afin qu'ils soient plus invitants à lire (images et couleurs). De plus, cinq communiqués radiophoniques ont été ajoutés, afin de présenter le contenu de chaque atelier oralement aux membres de la communauté, en plus de les convier au PRA. Un atelier pratique parent-enfant est également prévu à l'école concernant les techniques de relaxation relatives à l'atelier 3. Un groupe Facebook a également été créé. En somme, l'objectif général du volet parent étant d'informer les parents quant au programme s'est élargi à celui d'informer les parents, mais aussi les autres membres de la communauté.

### Adaptations du PRA

En ce qui concerne les PRA présentés à la fin du programme, la majorité des animateurs, des enseignants et des intervenants scolaires mentionnent qu'ils n'ont pas eu lieu à un moment opportun dans le calendrier scolaire (pendant les examens du Ministère, lors de la semaine de relâche). Ceci aurait nui à l'élaboration des projets ainsi qu'à la présence des parents pour la présentation finale des enfants. Des difficultés ont également été relevées relativement à l'utilisation du téléphone pour convier les parents au PRA. La direction précise effectivement que certains parents n'ont pas de téléphone à la maison. Les animateurs croient que le fait d'impliquer d'autres membres de l'école ou de la communauté dans les PRA serait facilitant. En effet, comme le raconte un animateur, le manque de prise en charge du PRA par des enseignants aurait limité la qualité de certains projets :

*« Moi j'ai eu de la pression vraiment là... J'ai dit à des professeurs que « oui, je vais vous aider ». Il y en a deux [avec qui] que j'ai fait un bon bout avec eux autres là, dont une [situation où j'ai] tout dû faire [par moi-même] finalement. » (animateur)*

Dans les modifications apportées, compte tenu de l'implication d'enseignants en provenance d'autres niveaux scolaires, le PRA est devenu un projet d'école davantage qu'un projet de classe. Une autre modification concerne les médiums choisis pour informer et convier les parents au PRA. En effet, les communiqués radiophoniques et le groupe Facebook ayant été ajoutés au volet parent seront également utilisés pour convier les parents au PRA.

### Discussion

Cette étude visait à décrire le processus d'adaptation en « profondeur » du programme *Système d* pour des élèves innus. Les modifications ont permis d'adapter la durée des ateliers aux capacités d'attention des enfants autochtones, de favoriser une meilleure compréhension des concepts de la part des enfants de la 4<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> année ciblés, d'introduire des exemples significatifs à la culture autochtone et de diversifier les méthodes didactiques en introduisant davantage d'activités interactives afin d'augmenter la participation des enfants.

Différentes raisons justifiaient ces modifications. D'abord, il semble que le stade développemental des enfants ait pu affecter leur participation au programme *Système d*. En effet, des difficultés de

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

compréhension ont été observées chez des élèves lors de l'animation de certains contenus du programme, et ce, plus particulièrement chez les élèves de la 4<sup>e</sup> année. Des effets iatrogènes ont d'ailleurs été observés à la suite de l'atelier 2. Bien que d'autres effets iatrogènes n'ont pas été observés à la suite de l'animation du programme, ce constat mérite d'être considéré.

Il importe de rappeler que le programme *Système d* a initialement été conçu pour les élèves de la 6<sup>e</sup> année. Le développement de l'enfant étant important avant la puberté, il est possible que, non seulement les élèves de la 4<sup>e</sup> année et de la 5<sup>e</sup> année se distinguent entre eux concernant leurs capacités sociales, affectives et cognitives, mais qu'ils se distinguent également des élèves de la 6<sup>e</sup> année (DeHart, Sroufe et Cooper, 2004).

Une autre explication de ces difficultés d'attention et de compréhension observées chez les participants pourrait être associée au style d'apprentissage des jeunes innus pouvant différer de celui de leurs pairs québécois (Institut Tshakapesh, 2009; Roy, 2006; 2007) pour qui le programme *Système d* a été développé initialement. De façon générale, les apprenants innus peuvent effectivement détenir des compétences qui soient plus visuelles et kinesthésiques que verbales et logico-mathématiques (Institut Tshakapesh, 2009; Roy, 2006; 2007). De plus, la transmission des connaissances chez les Autochtones est généralement effectuée de façon holistique par l'entremise d'enseignements traditionnels (Castellano, 2000), contrairement aux connaissances occidentales qui découlent majoritairement de méthodes positivistes privilégiant la hiérarchie et les évidences, transmises de façon linéaire (Fornssler, McKenzie, Dell, Laliberte et Hopkins, 2014; Rowan et al., 2015). Ainsi, la façon d'apprendre des enfants innus est plutôt sensorielle et simultanée, contrairement à leurs pairs québécois qui, de façon générale, réussissent mieux à l'aide d'un apprentissage séquentiel (Institut Tshakapesh, 2009; Roy, 2006; 2007). Cette différence s'observe notamment par le besoin des enfants innus de percevoir l'ensemble d'un concept d'abord pour l'intégrer, en étant en action par exemple, plutôt que de procéder par étapes. L'utilisation de démonstrations et d'illustrations pour comprendre peut être favorable en ce sens. Rappelons également que la langue utilisée pour animer le programme *Système d* est le français, ce qui constitue la langue seconde des élèves innus (Drapeau, 2011). Il est ainsi probable que cet élément ait affecté considérablement la compréhension des élèves à l'égard des contenus animés.

Il est donc possible de supposer que c'est avant tout la structure et le contenu du programme, ayant initialement été développé pour des élèves plus vieux et francophones, qui aient affecté la réponse des participants autochtones à celui-ci. Ainsi, indépendamment de la culture, le programme de prévention doit être adapté au stade développemental de la population ciblée, et, autant que possible, à leur langue, en s'attardant par exemple à la durée des ateliers et à l'accessibilité des concepts délivrés (Gagnon, April et Tessier, 2012; Laventure, Boisvert et Besnard, 2010; Raghupathy et Forth, 2012; Renaud, O'Loughlin et Déry, 2003).

Pour maximiser la compréhension de participants en provenance d'une population culturelle spécifique et diminuer les risques d'effets iatrogènes, il importe que le contenu d'un programme ainsi que la façon dont il est animé tiennent compte de leurs caractéristiques (Renaud, O'Loughlin et Déry 2003). La prévention des effets iatrogènes est d'autant plus importante lorsqu'une population s'avère vulnérable à l'égard de la consommation de psychotropes, comme c'est le cas dans cette étude (Valente, et al., 2007). Rappelons que des facteurs spécifiques aux contextes socioculturels des communautés autochtones peuvent contribuer à la consommation de psychotropes chez les Autochtones (Akins, Lanfear, Cline et Mosher, 2013; Rumbaugh Whitesell et al., 2012), d'où l'importance de vérifier si les programmes adaptés produisent les effets escomptés (Chen, 2015; Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008).

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

À la suite de l'adaptation en « profondeur » du programme *Système d*, bien que l'enseignement des compétences soit plus pratique, il demeure que son contenu est, comme la plupart des programmes de prévention, organisé principalement de façon séquentielle, l'atelier 1 étant préalable à l'atelier 2 et ainsi de suite. Le contenu de certains ateliers du programme *Système d* est également structuré de façon séquentielle, comme c'est le cas pour l'atelier 4 où la résolution de problèmes est enseignée aux enfants par étapes. Il semble donc que *Système d* pourrait bénéficier d'autres adaptations en « profondeur » afin de correspondre davantage aux modes d'apprentissage et de transmission des connaissances habituellement utilisés par les enfants innus, en abordant les concepts d'une façon qui soit encore plus globale, visuelle et simultanée.

Les commentaires recueillis auprès des différents répondants ont également mené à élargir la visée du programme, afin de le rendre plus accessible aux autres membres de l'école et de la communauté. Ce constat n'est pas surprenant considérant les valeurs d'appartenance communautaire et de responsabilité partagée à l'égard des problèmes vécus dans une communauté chez les Autochtones (Coyhis et Simonelli, 2008; Edwards, Seaman, Drews et Edwards, 1995). L'aspect communautaire est effectivement un incontournable pour la réussite des stratégies préventives en dépendance dans les communautés autochtones, que ce soit sur le plan de la planification, de l'implantation ou de l'évaluation de ces stratégies (Edwards, Seaman, Drews et Edwards, 1995; Thomas et al., 2009).

*Système d* pourrait éventuellement bénéficier d'autres adaptations. Or, les modifications apportées ont possiblement permis à ce programme de répondre davantage aux caractéristiques et aux valeurs de l'école et de la communauté innues ciblées, puisqu'elles proviennent des préoccupations de leurs membres. Par ailleurs, l'évaluation habilitative de *Système d* à l'aide de répondants en provenance du milieu d'implantation pour orienter son adaptation culturelle est une façon de faire qui correspond aux valeurs de coopération et d'interdépendance souvent observées chez les Autochtones (Coyhis et Simonelli, 2008).

### **Limites de l'étude et recommandations**

Bien que cette étude permette l'avancement des connaissances et qu'elle suscite des retombées directes pour les milieux scolaires autochtones, elle comporte certaines limites. Premièrement, en plus des différents répondants ayant été consultés pour procéder à l'adaptation du programme, il aurait été pertinent d'interroger les enfants innus également. Une autre limite concerne le fait qu'une seule école autochtone ait participé à l'ensemble du processus d'adaptation. Or, la grande hétérogénéité culturelle parmi les Nations (Dell et al., 2012) ainsi que la disparité géographique entre les communautés autochtones (Whitbeck, Walls et Welch, 2012), incitent à procéder à plus petite échelle pour adapter les activités préventives (Moran et Reaman, 2002). Une fois l'adaptation de *Système d* complétée, il serait toutefois intéressant de valider la pertinence culturelle de ce programme au sein d'autres écoles autochtones, mais aussi d'en étudier les effets, tel que suggéré à la neuvième étape du modèle de Kumpfer et de ses collègues (2008).

### Références

- Akins, S., Lanfear, C., Cline, S. et Mosher, C. (2013). Patterns and Correlates of Adult American Indian Substance Use. *Journal of Drug Issues*, 43(4), 497-516.
- Barrera Jr. M., Castro, F. G. et Steiker, L. K. H. (2011). A Critical Analysis of Approaches to the Development of Preventive Interventions for Subcultural Groups. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 439-454.
- Beals, J., Manson, S.M., Mitchell, C.M. et Spicer, P. (2003). Cultural Specificity and Comparison in Psychiatric Epidemiology: Walking the Tightrope in American Indian Research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27(3), 259-289.
- Bernal, G. (2006). Intervention Development and Cultural Adaptation Research with Diverse Families. *Family Process Journal*, 45(2), 143-151.
- Castellano, M.B. (2000). Updating Aboriginal traditions of knowledge. Dans B. L. Hall, G.J. Sefa Di et D. Goldin Rosenberg (dir.), *Indigenous knowledges in global contexts: Multiple readings of our world* (p. 21-36). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Castro, F.G., Barrera, M. Jr. et Martinez, C. R. Jr. (2004). The Cultural Adaptation of Prevention Interventions: Resolving Tensions Between Fidelity and Fit. *Prevention Science*, 5(1), 41-45.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 85-111). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Chen, H. T. (2015). *Practical Program Evaluation: Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Chino, M. et DeBruyn, L. (2006). Building True Capacity: Indigenous Models for Indigenous Communities. *American Journal of Public Health*, 96(4), 596-599.
- Coleman, H., Charles, G. et Collins, J. (2001). Inhalant Use by Canadian Aboriginal Youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10(3), 1-20.
- Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2009). *Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec. Rapport final - Juin 2009*. Québec, Québec : Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Cook, B.G. et Odom, S. L. (2013). Evidence-Based Practices and Implementation Science in Special Education. *Exceptional Children*, 79(2), 135-144.
- Cotton, J.-C. (2009). *Initiation précoce aux psychotropes chez les autochtones âgés entre 9 et 12 ans habitant une communauté innue au Québec* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke.
- Cotton, J.-C. et Laventure, M. (2013). Early Initiation to Cigarettes, Alcohol and Drugs Among Innu Preadolescents of Quebec. *The Canadian Journal of Native Studies*, 33(1), 1-15.
- Coyhis, D. et Simonelli, R. (2008). The Native American Healing Experience. *Substance Use & Misuse*, 43(12), 1927-1949.



## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Dane, A.V. et Schneider, B.H. (1998). Program Integrity in Primary and Early Secondary Prevention: Are Implementation Effects out of Control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.

DeHart, G., Sroufe, L.A. et Cooper, R. (2004). *Child Development: Its Nature and Course* (5<sup>e</sup> éd.). New York, États-Unis: McGraw-Hill.

Dell, C. et Lyons, T. (2007). *Harm Reduction and Persons of Aboriginal Descent*. Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse.

Dell, C. A., Roberts, G., Kilty, J., Taylor, K., Daschuk, M., Hopkins, C. et Dell, D. (2012). Researching Prescription Drug Misuse Among First Nations in Canada: Starting from a Health Promotion Framework. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 6, 23-31.

Drapeau, L. (2011). *Les langues autochtones du Québec*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Durlak, J.A. (2010). The Importance of Doing Well in Whatever You Do: A Commentary on the Special Section, "Implementation Research in Early Childhood Education". *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 348-357.

Durlak, J. (2013). *The Importance of Quality Implementation for Research, Practice, and Policy*. ASPE Research Brief. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

Durlak, J.A. et DuPre, E.P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W.B. (2003). A Review of Research on Fidelity of Implementation: Implications for Drug Abuse Prevention in School Settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.

Edwards, E. D., Seaman, J. R., Drews, J. et Edwards, M. E. (1995). A Community Approach for Native American Drug and Alcohol Prevention Programs: A Logic Model Framework. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13(2), 43-62.

Falicov, C. J. (2009). Commentary: On the Wisdom and Challenges of Culturally Attuned Treatments for Latinos. *Family Process Journal*, 48(2), 292-309.

Forgues, H., Godin, F., Paquin, P., Paradis, I. et Poulin, C. (2007). *Système d : définir, découvrir, devenir, débrouiller, décider, développer*. Québec, Québec : Direction de santé publique des agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais.

Fornssler, B., McKenzie, H.A., Dell, C.A., Laliberte, L. et Hopkins, C. (2014). "I Got to Know Them in a New Way" Relating Rhizomes and Community-Based Knowledge (Brokers') Transformation of Western and Indigenous Knowledge. *Cultural Studies Critical Methodologies*, 14(2), 179-193.

Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: meilleures pratiques de prévention*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Gouvernement du Québec (2015). Registres des bénéficiaires cris, inuits et naskapis de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à : <<http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>>

Grover, J.G. (2010). Challenges in Applying Indigenous Evaluation Practices in Mainstream Grant Programs to Indigenous Communities. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(2), 33-50.

Halle, T., Metz, A. et Martinez-Beck, I. (2013). *Applying Implementation Science in Early Childhood Programs and Systems*. Washington, DC: Paul H. Brookes Publishing Company.

Holleran Steiker, L.K., Castro, F.G., Kumpfer, K., Marsiglia, F.F., Coard, S. et Hopson, L.M. (2008). A Dialogue Regarding Cultural Adaptation of Interventions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(1), 154-162.

Institut Tshakapesh (2009). Particularités culturelles et linguistiques des élèves innus. *Correspondance*, 15(2). Repéré à : <<http://correspo.ccdmd.qc.ca/Corr15-2/Innus.html>>

Institut Tshakapesh (2013). Clientèle étudiante des écoles innues, membres de Tshakapesh 2012-2013. Repéré à : <[http://www.tshakapesh.mapdesign.ca/CLIENTS/1-tshakapesh/docs/upload/sys\\_docs/Portrait\\_des\\_ecoles\\_innues\\_20122013.pdf](http://www.tshakapesh.mapdesign.ca/CLIENTS/1-tshakapesh/docs/upload/sys_docs/Portrait_des_ecoles_innues_20122013.pdf)>

Janosz, M., Bélanger, J., Dagenais, C., Bowen, F., Abrami, P.C., Cartier, S.C., (...) et Turcotte, L. (2010). Aller plus loin, ensemble : synthèse du rapport final d'évaluation de la stratégie d'intervention Agir autrement. Montréal, Québec : Groupe de recherche sur les environnements scolaires, Université de Montréal.

Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 101-110.

Kinnon, D. (2002). *Améliorer les programmes et les services destinés aux autochtones en santé de la population, en prévention des maladies et en promotion et protection de la santé. Recommandations pour les activités de l'ONSA*. Ottawa, Ontario : Organisation nationale de la santé autochtone.

Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. et Henry, O. (2008). Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation and the Health Professions*, 31, 226-239.

Kumpfer, K.L., Alvarado, R., Smith, P. et Bellamy, N. (2002). Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions. *Prevention Science*, 3(3), 241-246.

Larose, F., Bourque, J., Terrisse, B. et Kurtness, J. (2001). La résilience scolaire comme indice d'acculturation chez les autochtones: bilan de recherches en milieux innus. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 151-180.

Leyton, M., et Stewart, S. (2014). *Toxicomanie au Canada : Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

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.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

- Little, M. A., Sussman, S., Sun, P et Rohrbach, L. A. (2013). The Effects of Implementation Fidelity in the Towards No Drug Abuse Dissemination Trial. *Health Education, 113*(4), 281-296.
- McKennitt, D. (2007). A smoking Prevention Program for Aboriginal Youth. *First Peoples Child and Family Review, 3*(2), 52-55.
- McKleroy, V.S., Galbraith, J.S., Cummings, B., Jones, P et Harshbarger, C. (2006). Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. *AIDS Education and Prevention, 18*(supp.), 59-73.
- Meyers, D.C., Durlak, J.A. et Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology, 50*(3-4), 462-480.
- Moodie, S. (2010). Power, Rights, Respect and Data Ownership in Academic Research with Indigenous Peoples. *Environmental Research, 110*, 818-820.
- Moran, J. R. et Reaman, J. A. (2002). Critical Issues for Substance Abuse Prevention Targeting American Indian youth. *Journal of Primary Prevention, 22*(3), 201-233.
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2008). *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. Ottawa, Ontario: Organisation nationale de la santé autochtone.
- Okamoto, S.K., Helm, S., McClain, L.L. et Dinson, A.L. (2012). The Development of Videos in Culturally Grounded Drug Prevention for Rural Native Hawaiian Youth. *The Journal of Primary Prevention, 33*(5-6), 259-269.
- Okamoto, S.K., Helm, S., Pel, S., McClain, L.L., Hill, A.P. et Hayashida, J.K. (2014). Developing Empirically Based, Culturally Grounded Drug Prevention Interventions for Indigenous Youth Populations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 41*(1), 8-19.
- Paillé, P et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Plano Clark, V.L. et Creswell, J.W. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Pronovost, J., Plourde, C., Alain, M., Eveno, S. et Laperrière, J. (2009). *Le point de vue d'adolescents Atikamekw sur les problèmes psychosociaux qui touchent les jeunes de leur communauté*. Trois-Rivières, Québec : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Raghupathy, S. et Forth, A.L.G. (2012). The HAWK2 program: A Computer-Based Drug Prevention Intervention for Native American Youth. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38*(5), 461-467.
- Renaud, L., O'Loughlin, J. et Dery, V. (2003). The St-Louis du Parc Heart Health Project: A Critical Analysis of the Reverse Effects on Smoking. *Tobacco Control, 12*(3), 302-309.
- Resnikow, K., Soler, R., Braithwait, R. L., Ahluwalia, J. S. et Butler, J. (2000). Cultural Sensitivity in Substance Abuse Prevention. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 271-290.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Ringwalt, C. et Bliss, K. (2006). The Cultural Tailoring of a Substance Use Prevention Curriculum for American Indian Youth. *Journal of Drug Education*, 36(2), 159-177.

Ringwalt, C.L., Ennett, S., Johnson, R., Rohrbach, L.A., Simons-Rudolph, A., Vincus, A. et Thorne, J. (2003). Factors Associated with Fidelity to Substance Use Prevention Curriculum Guides in the Nation's Middle Schools. *Health Education & Behavior*, 30(3), 375-391.

Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Skara, S., Sun, P. et Sussman, S. (2007). Fidelity of Implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of Classroom Teachers and Program Specialists. *Prevention Science*, 8(2), 125-132.

Rohrbach, L. A., Grana, R., Sussman, S. et Valente, T. W. (2006). TYPE II Translation Transporting Prevention Interventions from Research to Real-World Settings. *Evaluation & the Health Professions*, 29(3), 302-333.

Ross, A. (2013). *Effet de la fréquentation des pensionnats autochtones et des mauvais traitements durant l'enfance sur les problèmes de consommation d'alcool et de drogues* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Chicoutimi.

Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Dell, C.A. (2015). A Scoping Study of Cultural Interventions to Treat Addictions in Indigenous Populations: Methods, Strategies and Insights from a Two-Eyed Seeing Approach. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 10-26.

Roy, B. (2005). Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers. *Drogues, santé et société*, 4(1), 85-128.

Roy, N. (2006). *Profil de l'élève innu*. Repéré à [http://www.tshakapesh.ca/fr/recherche-et-developpement\\_52/](http://www.tshakapesh.ca/fr/recherche-et-developpement_52/).

Roy, N. (2007). Un psychoéducateur averti en vaut deux! Intervenir en milieu scolaire autochtone Innu. *Magazine en pratique. Exercice professionnel de la psychoéducation*, 7, 15-18.

Rumbaugh Whitesell, N.R., Asdigian, N.L., Kaufman, C.E., Crow, C. B., Shangreau, C., Keane, E. M.,... Mitchell, C.M. (2014). Trajectories of Substance Use Among Young American Indian Adolescents: Patterns and Predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(3), 437-453.

Skaff, M. M., Chesla, C. A., Mycue, V. D. et Fisher, L. (2002). Lessons in Cultural Competence: Adapting Research Methodology for Latino Participants. *Journal of Community Psychology*, 30(3), 305-323.

Thomas, L. R., Donovan, D. M., Sigo, R. L., Austin, L., Alan Marlatt, G. and The Suquamish Tribe (2009). The Community Pulling Together: A Tribal Community-University Partnership Project to Reduce Substance Abuse and Promote Good Health in a Reservation Tribal Community. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 283-300.

Unger, J. B., Soto, C. et Thomas, N. (2008). Translation of Health Programs for American Indians in the United States. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 124-144.

Valente, T.W., Ritt-Olson, A., Stacy, A., Unger, J.B., Okamoto, J. et Sussman, S. (2007). Peer Acceleration: Effects of a Social Network Tailored Substance Abuse Prevention Program Among High-Risk Adolescents. *Addiction*, 102(11), 1804-1815.

## Adaptation d'un programme de prévention des dépendances

Whitbeck, L. B. (2006). Some Guiding Assumptions and a Theoretical Model for Developing Culturally Specific Preventions with Native American People. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 183-192.

Whitbeck, L. B., Walls, M. L. et Welch, M. L. (2012). Substance Abuse Prevention in American Indian and Alaska Native Communities. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 428-435.

Wingood, G.M. et DiClemente, R.J. (2008). The ADAPT-ITT Model: A Novel Method of Adapting Evidence-Based HIV Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47, 40-46.