

# Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

## *La réduction des méfaits auprès des jeunes en difficulté*

### Chercheur principal

Jean-Sébastien Fallu, Université de Montréal

### Cochercheurs

Christian Dagenais, Université de Montréal

Christophe Huynh, Institut universitaire sur les dépendances

### Collaboratrices

Laurence D'Arcy, Institut universitaire sur les dépendances

Roula Haddad, Université de Montréal

Aurélie Hot, Université de Montréal

Yuan P. Song, Université de Montréal

### Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Montréal

### Numéro du projet de recherche

I 2023-OPTR-322652

### Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur l'usage du cannabis à des fins non-médicales : prévention et réduction des méfaits

### Partenaire(s) de l'Action concertée

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)  
et le Fonds de recherche du Québec, secteur Société et culture (FRQ)

# RAPPORT DE RECHERCHE COMPLET

## Table des matières

<b>1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>1</b>
1.1. PROBLÉMATIQUE .....	1
1.1.1. Passer d'une approche visant l'abstinence à une approche axée sur la réduction des méfaits .....	1
1.1.2. Acceptabilité chez les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès de jeunes en difficulté au Québec .....	3
1.2. OBJECTIFS POURSUIVIS.....	4
<b>2. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>5</b>
2.1. OBJECTIF 1. RECENSION DES STRATÉGIES EFFICACES DE RDM-C ET DES BARRIÈRES À LEUR ADOPTION.....	5
2.2. OBJECTIF 2. FACILITATEURS ET OBSTACLES À L'ADOPTION DE LA RDM-C AU QUÉBEC.....	5
2.3. OBJECTIF 3. ÉLABORATION ET ÉVALUATION D'UN PLAN DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES.....	6
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>7</b>
3.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS OBTENUS .....	7
3.1.1. Différentes définitions de l'approche de RDM-C .....	7
3.1.2. Typologie des stratégies de RDM-C pouvant être mise en œuvre par les jeunes en difficulté .....	8
3.1.3. Facilitateurs et obstacles à l'adoption de l'approche de la RDM-C par les intervenants œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec .....	10
3.1.4. Évaluation de la mise en œuvre du plan de transfert des connaissances .....	13
3.1.5. Actions à déployer pour optimiser la mise en œuvre de l'approche de RDM-C par les intervenants et les gestionnaires travaillant auprès des jeunes en difficulté.....	13
3.2. RETOMBÉES DES TRAVAUX SUR L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES ET CONTRIBUTION À LA PRATIQUE.....	15
<b>4. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>18</b>
4.1. PISTES D'ACTIONS SOUTENUES PAR LES TRAVAUX DE RECHERCHE .....	18
4.1.1. Comprendre la distinction entre les concepts de « réduction de l'usage » et de « réduction des méfaits » .....	18
4.1.2. Agir pour créer des contextes favorables à la mise en œuvre de l'approche RDM-C .....	19
4.1.3. Accompagner les intervenants et les gestionnaires pour assurer l'efficacité des pratiques de RDM-C .....	20
4.1.4. Les démarches collaboratives : une stratégie gagnante dans l'élaboration et l'implantation de nouvelles pratiques cliniques et de gestion .....	22
4.2. LIMITES DES TRAVAUX DE RECHERCHE .....	23
<b>5. PISTES DE RECHERCHES FUTURES .....</b>	<b>24</b>
<b>6. RÉFÉRENCES CITÉES .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE 1. PARAMÈTRES DE LA PREMIÈRE REVUE DE PORTÉE (OBJECTIF 1).....</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXE 2. PARAMÈTRES DE LA DEUXIÈME REVUE DE PORTÉE (OBJECTIF 1) .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 3. CANEVAS D'ENTRETIEN DES ENTREVUES INDIVIDUELLES (OBJECTIF 2) .....</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXE 4. CANEVAS D'ENTRETIEN POUR LES CONSULTATIONS (OBJECTIF 3) .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR LA COLLECTE QUANTITATIVE (OBJECTIF 3) .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 6. PLAN DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES ÉLABORÉ (OBJECTIF 3) .....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE 7. ÉVALUATION DU PLAN DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES (OBJECTIF 3) .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE 8. OUTILS D'ÉVALUATION DU PLAN DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES (OBJECTIF 3) .....</b>	<b>40</b>

# 1. Contexte de la recherche

## 1.1. Problématique

L'Enquête canadienne sur le cannabis de 2024 a révélé que 41 % des jeunes âgés de 16 à 19 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois précédents (Gouvernement du Canada, 2024). Au Québec, 22,6 % des jeunes âgés de 15 à 20 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête de 2023 (Gouvernement du Québec, 2024). Alors que l'usage du cannabis est une réalité qui touche de nombreux jeunes en difficulté d'adaptation, c'est-à-dire ceux vivant une difficulté ou ayant besoin d'une aide quant à leur développement, sont particulièrement touchés; 70 % d'entre eux consomment la substance plus d'une fois par semaine (Lambert et al., 2015) et près de la moitié présentent une consommation dite problématique (Laventure et al., 2008).

Les jeunes en difficulté représentent une population particulièrement à risque de vivre des méfaits de la consommation de cannabis, puisque, en plus de leur jeune âge, ces jeunes seraient exposés à des facteurs de vulnérabilité supplémentaire, tels que la pauvreté, l'itinérance ou encore des problèmes de santé mentale. La présence de ces défis peut entraîner une propension accrue à recourir à des substances psychoactives, tel le cannabis, en tant que mécanisme d'adaptation face au stress, aux émotions déplaisantes et aux difficultés de la vie quotidienne. La prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale parmi ces jeunes est, par ailleurs, souvent liée à des contextes familiaux difficiles, pouvant contribuer à une vulnérabilité accrue aux méfaits du cannabis. Associés au développement insuffisant des compétences en gestion émotionnelle et à leur jeune âge, ces facteurs rendent cette population particulièrement à risque (Wallis et al., 2022).

### 1.1.1. Passer d'une approche visant l'abstinence à une approche axée sur la réduction des méfaits

Jusqu'aux années 80, la prévention reliée à la consommation de substances avait comme objectif principal l'élimination de l'usage de ces substances et la mise en garde contre les effets délétères de celles-ci. Les dernières décennies ont vu un élargissement des approches préventives en matière de consommation de substances, qui

a remis en question la prédominance de la tolérance zéro envers l'adoption de comportements à risque (Brisson, 2014). C'est dans cette perspective que s'inscrit l'approche de réduction des méfaits liés à la consommation de cannabis (RDM-C). Plus largement, la réduction des méfaits se définit comme une « *approche centrée sur la diminution des conséquences négatives de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage* » (Brisson, 2014). Les méfaits ne réfèrent donc pas ici aux comportements de consommation en soi, mais plutôt aux conséquences qui en découlent. Autrement dit, plutôt que de prôner un discours visant à amener les jeunes en difficulté à réduire, voire éliminer leur consommation, les pratiques de RDM-C reposent sur une attitude de tolérance, qui prend en compte que le jeune peut choisir de ne pas diminuer sa consommation, voire ne pas être en mesure de la diminuer. Cette approche remet en question les façons traditionnelles de faire en matière d'intervention liée à l'usage de cannabis, basées sur la répression et l'abstinence, au profit d'une approche pragmatique inspirée d'une plus grande tolérance.

Les études montrent que les interventions en matière de réduction des méfaits au niveau structurel (réformes politiques), communautaire (p. ex., logements non fondés sur l'abstinence<sup>1</sup>) et individuel (p. ex., suivi thérapeutique) réduisent les méfaits associés à la consommation de substances, la fréquence des comportements à haut risque, et présentent des avantages au niveau économique, car elles sont moins coûteuses que les pratiques traditionnelles (Brisson, 2014). Au niveau des adolescents et des jeunes adultes, les programmes actuels de réduction des méfaits implantés dans des écoles (p. ex, SHAHRP au Royaume-Uni et SCIDUA au Canada) ont été prouvés efficaces dans le développement d'attitudes plus sûres à l'égard de l'usage de substances et la réduction des conséquences négatives liées à leur consommation (Jenkins et al., 2017; McBride et al., 2004; Poulin et Nicholson, 2005). De la même façon, une étude menée par l'Institut universitaire sur les dépendances dans le cadre du projet « IP-Jeunes » démontre que les interventions précoce efficaces ciblant les jeunes dans les collèges et universités ayant une consommation à risque de cannabis sont celles qui

---

<sup>1</sup> Aussi connu sous le nom de « *wet shelters* », il s'agit d'un service d'hébergement qui accepte les personnes intoxiquées à l'admission et qui permet la consommation supervisée d'alcool sur place.

permettent de réduire les méfaits associés à la consommation de cette substance (p. ex., « Brief Cannabis Intervention », « eCHECKUP TO GO-marijuana ») (Bertrand et al., 2020).

### **1.1.2. Acceptabilité chez les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès de jeunes en difficulté au Québec**

En dépit de son efficacité avérée, l'acceptabilité de l'approche de RDM-C par les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec demeure controversée. Plusieurs enjeux freinent le changement d'approche avec ces jeunes, de l'abstinence vers la réduction des méfaits, en matière de consommation de cannabis. Un premier enjeu concerne les tensions entre le mandat de protection et la philosophie de réduction des méfaits, notamment dans le cas d'une consommation élevée et lorsque des ordonnances de la Cour exigent l'abstinence. Des difficultés dans l'application de l'approche peuvent également survenir auprès des adolescentes enceintes, ou des jeunes ayant des troubles mentaux graves (Fallu et al., 2022). L'adoption de l'approche peut être aussi entravée en raison de dilemmes éthiques liés aux valeurs personnelles des professionnels de la santé, ou encore aux règles déontologiques en tolérant les comportements à risque et en acceptant que la réduction des méfaits constitue un résultat légitime des interventions psychosociales (Brisson, 2014). Finalement, les professionnels de la santé peuvent également craindre des problèmes juridiques, sociaux et de santé chez leurs clientèles de jeunes en difficulté (Fallu et al., 2022).

Il existe un besoin de mieux comprendre comment l'approche de RDM-C peut être utilisée afin de guider les pratiques cliniques et de gestion des organisations offrant des services de santé et psychosociaux destinés aux jeunes en difficulté au Québec. À ce titre, il s'est avéré, tout d'abord, important de recenser l'ensemble de la littérature scientifique afin d'obtenir un portrait exhaustif des stratégies de RDM-C pouvant être utilisées par les jeunes en difficulté consommateurs de cannabis, afin de mieux outiller ces jeunes dans leur consommation. Une meilleure connaissance des facteurs facilitants et des obstacles à l'adoption de l'approche de RDM-C pourrait également contribuer à optimiser son adoption par les professionnels de la santé œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec.

## 1.2. Objectifs poursuivis

Trois objectifs distincts étaient poursuivis: 1) recenser les stratégies efficaces de RDM-C pouvant être mises en œuvre par les jeunes en difficulté ainsi que les facteurs qui facilitent et limitent l'adoption de la RDM-C par les professionnels de la santé ; 2) identifier les facilitateurs et les obstacles perçus par les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec à l'adoption de l'approche de RDM-C dans leur pratique; 3) élaborer un plan de transfert des connaissances visant à optimiser l'adoption de la RDM-C par les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec et évaluer sa mise en œuvre et ses retombées à court et à moyen terme.

Le projet de recherche prend assise sur une démarche de transfert des connaissances guidée par le modèle *Knowledge-to-Action* (Graham et al., 2006). Ce modèle expose les différentes étapes du processus de transfert des connaissances. Dans une première étape, il s'agit de collecter et synthétiser les connaissances pouvant être utilisées par les milieux de pratique (Graham et al., 2006). Cette première étape correspond aux objectifs 1 et 2 du présent projet de recherche. Dans une étape subséquente, un plan de transfert des connaissances doit être développé et évalué afin de rendre disponibles ces connaissances dans un format adapté en fonction des préférences, des besoins spécifiques et du contexte d'intervention d'un milieu de pratique préalablement ciblé (Graham et al., 2006). Cette deuxième étape correspond à l'objectif 3 du présent projet de recherche. Plus spécifiquement, l'élaboration d'une note de politique<sup>2</sup>, suivie d'un atelier délibératif<sup>3</sup>, ont permis de structurer des actions à déployer pour accompagner la mise en œuvre de l'approche de RDM-C au sein de milieux d'intervention, soit le Regroupement des Auberges du Cœur du Québec (RACQ), ainsi que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

---

<sup>2</sup> Une note de politique est définie comme un document succinct combinant des graphiques et du texte pour résumer les principaux résultats de la recherche, offrant une explication concise d'une question ou d'un problème politique, ainsi que des options pratiques et des recommandations spécifiques pour les traiter (Arnautu et Dagenais, 2021).

<sup>3</sup> Un atelier délibératif est un processus de groupe conçu pour intégrer et interpréter les données scientifiques et contextuelles afin d'éclairer le développement des politiques (Lavis et al., 2014).

## 2. Méthodologie

### 2.1. Objectif 1. Recension des stratégies efficaces de RDM-C et des barrières à leur adoption<sup>4</sup>

Deux recensions de la littérature scientifique (étude de portée, Levac et al., 2010) distinctes ont été effectuées en lien avec l'objectif 1 du projet de recherche. Une première étude visait à produire un aperçu détaillé et exhaustif des pratiques actuelles en termes de RDM-C, afin d'identifier des stratégies spécifiques pouvant être mises en œuvre par les jeunes en difficulté. L'annexe 1 présente les paramètres ayant servi à définir la question de recherche. Au total, quatre bases de données bibliographiques (Medline (OVID), Cochrane Database of Systematic Reviews (OVID), Web of Science et Érudit) ont été interrogées. La recherche documentaire a identifié un total de 48 documents. Une analyse qualitative thématique inductive (Bernard et al., 2016) a permis d'effectuer une classification des stratégies de RDM-C pouvant être utilisées par les jeunes en difficulté.

Une seconde étude de portée visait à identifier les facilitateurs et les obstacles liés à l'adoption de l'approche de RDM-C par les professionnels du domaine de la santé et des services sociaux (Haddad et al., 2024a; Haddad et al., 2024b). L'annexe 2 présente les paramètres ayant servi à définir la question de recherche. La stratégie de recherche a été exécutée sur les principales bases de données dans le domaine de la santé (Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, Sociological Abstracts) et dans la littérature grise (Google Web, Google Scholar, Érudit, BASE). À l'issue de la sélection indépendante des documents par deux réviseuses, 35 études ont été retenues (Haddad et al., 2024). Une classification des facilitateurs et des obstacles a été effectuée en se basant sur analyse qualitative descriptive et numérique (Miles et al., 2018).

### 2.2. Objectif 2. Facilitateurs et obstacles à l'adoption de la RDM-C au Québec<sup>5</sup>

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès d'intervenants et de gestionnaires travaillant directement auprès des jeunes en difficulté. Ces entrevues visaient à explorer la conception de la

---

<sup>4</sup> Voir Haddad et al. (2024a; 2024b) et Song, 2024 pour une description de la méthodologie utilisée pour répondre à l'objectif 1.

<sup>5</sup> Le rapport présentant la méthodologie et les résultats liés à l'objectif 2 du projet est actuellement en cours de rédaction.

dépendance au cannabis chez les jeunes en difficulté, l'expérience personnelle avec la consommation de substance, ainsi que la conception de la RDM-C incluant les facilitateurs et obstacles à l'utilisation de cette approche (voir annexe 3). Au total, 120 participants provenant de 14 régions à travers le Québec<sup>6</sup> ont pris part à l'étude. Le codage a suivi une approche mixte, c'est-à-dire que des catégories dérivées de la grille d'entrevue ont été fixées, mais des changements se sont opérés en cours d'analyse afin de bien représenter l'ensemble du matériel recueilli lors des entrevues individuelles (Bernard et al., 2016). Dans le but de s'assurer de la validité du processus, 25 % des données recueillies ont été analysés par trois membres de l'équipe de recherche jusqu'à l'atteinte d'un degré d'accord de 95 % (Miles et al., 2018).

### **2.3. Objectif 3. Élaboration et évaluation d'un plan de transfert de connaissances<sup>7</sup>**

En se basant sur une stratégie d'échantillonnage de convenance (Bernard et al., 2016), un plan de transfert des connaissances a été élaboré et évalué au sein de deux milieux d'intervention (RACQ et CCSMTL). Des consultations (N = 14) et la passation d'un questionnaire (N = 167) ciblant des intervenants et des gestionnaires travaillant auprès des jeunes en difficulté ont permis d'identifier les besoins de connaissances en lien avec l'approche de RDM-C et d'analyser le contexte des publics cibles (Haddad et al., 2025a) (voir annexes 4 et 5 pour le détail des instruments de mesure utilisés). Ces données ont ensuite été combinées à celles issues des deux études de portée (voir objectif 1 du projet de recherche) afin d'élaborer un plan de transfert des connaissances (voir annexe 6). En se basant sur le cadre d'évaluation de Ziam et al. (2024), ce plan, combinant des notes de politique et des ateliers délibératifs, a été mis en œuvre chez 19 intervenants et gestionnaires des milieux ciblés (voir annexe 7) (Haddad et al., 2025b). Entre 2 et 6 semaines suivant les ateliers, la mise en œuvre du plan de transfert des connaissances a fait l'objet d'une évaluation mixte afin d'identifier ses retombées (voir annexe 8).

---

<sup>6</sup> CISSS Bas-St-Laurent (n=6); CIUSSS Saguenay Lac-Saint-Jean (n=5); CIUSSS Capitale-Nationale (n=9); CIUSSS de l'île de Montréal (n=7); CISSS Outaouais (n=7); CISSS Côte-Nord (n=12); CISSS Gaspésie (n=4); CISSS Chaudière-Appalaches (n=13); CISSS Laval (n=2); CISSS Lanaudière (n=6); CISSS Laurentides (n=18); CISSS Montérégie-Est (n=11); CISSS Montérégie-Ouest (n=10); Regroupement des Auberges du cœur du Québec (milieu communautaire) (n=10).

<sup>7</sup> Voir Haddad et al., 2025a et Haddad et al., 2025b pour une description de la méthodologie utilisée en lien avec l'objectif 3.

### 3. Résultats

#### 3.1. Principaux résultats obtenus

##### 3.1.1. Différentes définitions de l'approche de RDM-C

Un des résultats convergents des analyses des données est l'hétérogénéité en ce qui a trait à la définition de ce que représente l'approche de RDM-C. Ce constat ressort autant au niveau de l'analyse des écrits scientifiques (études de portée reliées à l'objectif 1 du projet de recherche), que dans le discours des intervenants et gestionnaires directement concernés par la mise en œuvre de l'approche de RDM-C auprès des jeunes en difficulté (collectes de données reliées aux objectifs 2 et 3 du projet de recherche). Différentes définitions sont mises de l'avant et celles-ci peuvent se regrouper *grossost modo* dans quatre grandes catégories.

Une première catégorie repose sur le principe que l'approche de RDM-C doit, à long terme, être mise en œuvre avec un objectif visant l'abstinence. Dans ce premier cas de figure, la réduction des méfaits ne serait ici qu'une étape intermédiaire à un processus thérapeutique plus global ayant comme objectif d'accompagner les jeunes en difficulté vers l'arrêt complet de leur consommation de cannabis.

Une deuxième définition inclut à la fois des stratégies visant la réduction des méfaits (par exemple éviter de conduire lorsqu'il y a consommation de cannabis), mais également des stratégies visant une diminution de l'usage (par exemple limiter la fréquence de consommation de cannabis jusqu'au coucher ou encore éviter le cannabis en cas de grossesse ou d'allaitement).

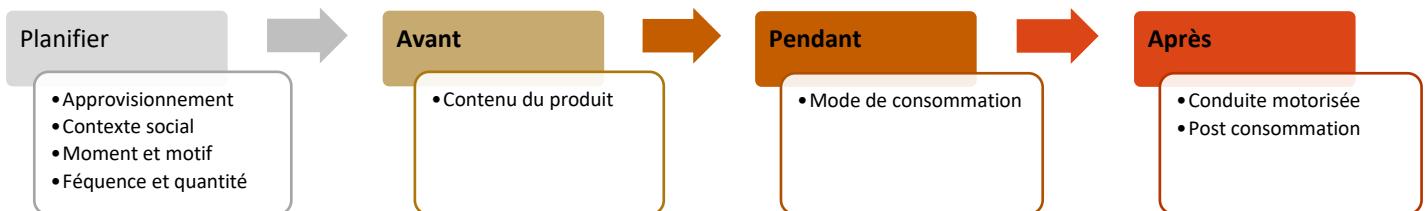
Une troisième définition met principalement l'accent sur le cadre thérapeutique – flexibilité, absence de stigmatisation ou de jugement – entourant l'accompagnement des jeunes en difficulté, mais sans pour autant positionner clairement l'objectif attendu à long terme. Autrement dit, selon cette façon de concevoir la RDM-C, l'important est d'abord et avant tout d'établir une bonne alliance thérapeutique avec les jeunes et ce, peu importe l'objectif à long terme visé (ici, l'objectif peut être l'abstinence totale, une diminution de l'usage ou encore l'absence de changement eu égard à la consommation de cannabis).

Enfin, une quatrième définition recoupe en partie la précédente en ce qui a trait au cadre thérapeutique – flexibilité, absence de stigmatisation ou de jugement – mais postule explicitement que l'objectif à long terme est d'abord et avant tout la réduction des conséquences associées à l'usage de cannabis, sans nécessairement viser une réduction de l'usage ou l'abstinence. Les intervenants et les gestionnaires qui adhèrent à cette dernière conception travaillent avec les jeunes dans l'optique de réduire les conséquences nuisibles découlant de la consommation, sans toutefois intervenir directement sur la consommation de cannabis en soi.

### 3.1.2. Typologie des stratégies de RDM-C pouvant être mise en œuvre par les jeunes en difficulté

Les résultats de la première revue de portée (objectif 1 du projet de recherche) ont permis de dresser une typologie de différentes stratégies de RDM-C pouvant être mise en œuvre par les jeunes en difficulté. Ces stratégies peuvent être utilisées selon la temporalité de la consommation (voir figure1).

*Figure 1. Typologie des stratégies de RDM-C adressées aux jeunes en difficulté selon une perspective temporelle*



Une première catégorie de stratégie s'applique en amont de la consommation de cannabis afin de planifier son utilisation. Les *stratégies d'approvisionnement* regroupent des stratégies de RDM-C qui mettent l'accent sur une approche informée, réfléchie et sécuritaire lors de l'acquisition de la substance. Ces stratégies visent à promouvoir une consommation plus responsable en favorisant des choix éclairés, une modération de la quantité acquise, et une connaissance approfondie de la source et de la composition du produit. La catégorie *Contexte social* englobe les stratégies visant à minimiser les conséquences négatives associées à la consommation de cannabis en agissant sur le contexte social et l'environnement de la consommation (par exemple favoriser la consommation de cannabis en compagnie de personnes en qui le jeune a confiance ou encore éviter les contextes où les limites de consommation du jeune pourraient être dépassées par des individus de son entourage). Quant

à elles, les stratégies *Moment et motifs* encouragent une approche consciente et réfléchie de la consommation et visent à intégrer celle-ci de manière harmonieuse dans la vie quotidienne du jeune. En autres mots, ces stratégies visent à orienter le moment ou le motif de la consommation de cannabis de manière à minimiser les risques (par exemple éviter de consommer avant des engagements tels le travail ou l'école, voire de limiter la consommation au soir afin de maintenir une clarté mentale pendant la journée). Finalement, la catégorie *Fréquence et quantité* inclut l'évitement de la consommation par habitude, la restriction de la quantité de cannabis consommée en une seule séance, la limitation de la durée des séances de consommation et la prise de périodes de pauses lorsque la consommation devient trop fréquente.

Les stratégies ayant trait au *Contenu du produit* englobent les moyens pris par les jeunes afin d'agir sur le type et la composition du produit consommé. Ces stratégies peuvent être utilisées lorsque le produit est acheté avant la séance de consommation: privilégier un cannabis organique, sans contaminants ni substances ajoutées ou encore choisir des produits pour lesquels la concentration de THC et de CBD sont connus. Cette catégorie englobe également les stratégies visant à éviter les effets imprévisibles de la consommation (par exemple éviter de combiner le cannabis avec d'autres substances psychoactives ou encore choisir la concentration en THC du produit utilisé en fonction de la tolérance personnelle du jeune).

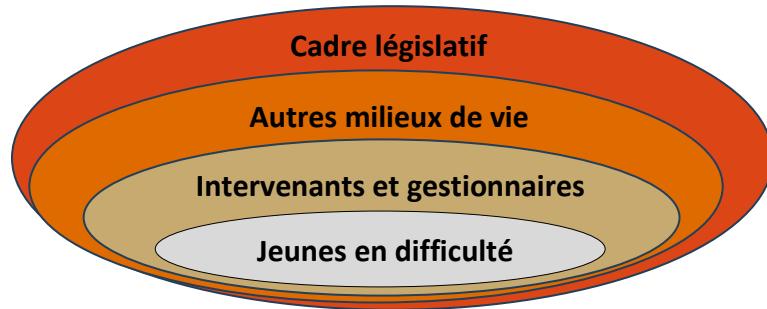
Une troisième catégorie de stratégies relative au *Mode de consommation* peut être utilisée pendant la consommation de la substance par le jeune. Cette catégorie regroupe des moyens pour aider les jeunes à consommer selon leurs propres limites, en arrêtant lorsqu'ils se sentent intoxiqués, et en établissant cette limite d'avance. Il est ainsi suggéré, lors d'un épisode de consommation, de commencer avec une petite quantité de cannabis et de prendre le temps d'évaluer les effets avant de considérer une consommation supplémentaire. De même, définir une limite du nombre de bouffées lors d'une session de consommation permettrait un usage davantage contrôlé. Certaines stratégies portent également sur la méthode de consommation privilégiée (par exemple éviter les méthodes de consommation susceptibles d'induire une intoxication excessive, telle l'utilisation de *bongs* larges, ou encore privilégier l'utilisation de vaporisateur afin de réduire les méfaits de la combustion).

Les stratégies liées à la *Conduite motorisée* et à la *Post-consommation* s'appliquent, quant à elles, post consommation. Il est ainsi recommandé d'attendre que les effets liés à la consommation de cannabis se dissipent avant de prendre le volant, d'opter pour des moyens de transport en commun ou de désigner un conducteur qui ne consommera pas. Les stratégies post-consommation visent, quant à elles, à minimiser les effets négatifs à la suite d'une consommation de cannabis, que ce soit en consommant de la nourriture, en s'hydratant, en prenant de l'air frais ou encore en cessant immédiatement la consommation en présence de réactions négatives.

### **3.1.3. Facilitateurs et obstacles à l'adoption de l'approche de la RDM-C par les intervenants œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec**

La mise en commun des données obtenues pour les objectifs 1, 2 et 3 du projet de recherche permettent de dresser un portrait exhaustif des différents facteurs (facilitateurs et obstacles) liés à l'adoption de l'approche de la RDM-C par les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec. Ces facteurs peuvent s'illustrer selon un modèle systémique, tel que présenté à la figure 2.

*Figure 2. Facilitateurs et obstacles systémiques à l'adoption de l'approche de la RDM-C*



Tout d'abord, certaines caractéristiques des jeunes en difficulté eux-mêmes peuvent influencer positivement ou négativement l'adoption de l'approche de RDM-C. Les intervenants et les gestionnaires semblaient plus enclins à soutenir l'utilisation de l'approche de RDM-C lorsque les jeunes présentaient un trouble de l'usage modéré et une forte motivation pour le changement de comportement. À l'inverse, la présence d'une comorbidité avec un trouble psychiatrique et certaines caractéristiques personnelles (par exemple grossesse, très jeune âge, grande vulnérabilité psychosociale) semblent diminuer l'acceptabilité de l'approche. De façon

générale, les données montrent que l'approche de RDM-C s'avère particulièrement pertinente lorsque l'abstinence n'est pas une option envisageable, voire souhaitée par le jeune. Par exemple, certains intervenants mentionnent la situation où les jeunes ont recours au cannabis dans le cadre d'une démarche d'automédication, c'est-à-dire afin de soulager certains symptômes découlant de difficulté au niveau de la santé mentale (telles que l'anxiété ou la dépression) ou encore comme mécanisme de gestion face à un évènement traumatisant. Dans ces situations précises, les avantages immédiats de la consommation sont souvent supérieurs aux inconvénients; une sensibilisation portant sur la consommation sécuritaire serait alors plus utile qu'un discours axé sur l'abstinence puisque les jeunes perçoivent comme peu utile et réaliste d'arrêter leur consommation. Un autre exemple évoqué relève de situations où les jeunes ne possèdent pas les compétences comportementales et cognitives ni les ressources externes nécessaires pour atteindre et maintenir l'abstinence. Dans ce contexte, viser l'abstinence serait peu réaliste alors qu'une approche de RDM-C constitue une alternative davantage flexible et pragmatique.

La perception positive de l'approche de RDM-C par les intervenants et les gestionnaires est l'un des éléments ayant le plus d'influence sur son adoption. L'acceptabilité perçue de la RDM-C par les autres collègues, avoir assisté à des formations sur la RDM-C, ainsi que l'expérience dans le domaine de l'intervention en dépendance peuvent également contribuer à l'adoption de l'approche de RDM-C. La flexibilité de l'approche de RDM-C semble, par ailleurs, être un élément central à son adoption : les intervenants et les gestionnaires se disent en mesure de pouvoir se concentrer sur les besoins et les objectifs des jeunes en créant un cadre flexible d'intervention, non stigmatisant et sans jugement. En ce sens, les intervenants et les gestionnaires soutiennent que la RDM-C valorise l'autonomie des jeunes puisqu'elle sous-tend une approche d'intervention axée sur l'éducation et non sur la répression. En outre, l'approche est considérée comme utile pour favoriser l'engagement des jeunes au sein de la démarche d'intervention en favorisant l'alliance thérapeutique, la réflexion, la prise de décision en toute sécurité, ainsi que le sens des responsabilités. Le leadership et le soutien de la direction ressortent également comme éléments facilitateurs : les intervenants se sentiront plus à l'aise et encouragés à adopter l'approche de RDM-C lorsqu'ils ont la liberté d'appliquer ses principes dans leur pratique et qu'ils se

sentaient soutenus dans sa mise en œuvre. À l'inverse, certains intervenants ont mentionné éprouver des difficultés à appliquer la RDM-C auprès de leur clientèle jeunesse lorsque leurs supérieurs étaient en désaccord avec les principes qui sous-tendent cette approche.

En troisième lieu, les jeunes en difficulté sont appelés à interagir dans différents milieux de vie en dehors des services psychosociaux qu'ils reçoivent, notamment le milieu du travail, scolaire ou familial. Or, il apparaît fréquent que ces différents milieux de vie appliquent des règles diverses, voire contradictoires, en ce qui concerne la possession ou la consommation de cannabis. Par exemple, lorsqu'un jeune est surpris à l'école en possession ou en consommation de cannabis, les réactions courantes, comme la confiscation ou la suspension temporaire, tendent à être punitives et ne soutiennent pas les principes de la RDM-C. Ces réactions s'expliquent par les cadres institutionnels en vigueur : dans des milieux comme les écoles, les priorités sont souvent axées sur la prévention, la sécurité et le développement global des jeunes. Ces mandats mettent fréquemment l'accent sur l'abstinence, perçue comme un idéal à atteindre pour assurer un environnement sain et protéger les jeunes de comportements jugés nuisibles. Ainsi, si un jeune mentionne son usage de cannabis à un enseignant ou à un conseiller pédagogique, il risque des sanctions disciplinaires ou que l'on en informe ses parents. Il faut également prendre en compte l'obstacle que peut représenter l'entourage du jeune et son ouverture d'esprit quant à l'utilisation de l'approche. En effet, les parents peuvent souvent se montrer réticents face à une consommation de cannabis par leur jeune, que ce soit parce qu'ils adhèrent à une approche axée sur l'abstinence ou parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec les zones grises de légalité qui viennent avec la RDM-C chez les jeunes de moins de 21 ans. L'impossibilité d'intervenir en cohérence avec l'approche de RDM-C dans certains milieux par rapport à d'autres mène inévitablement à des contradictions et à un manque de cohérence dans les façons d'encadrer les jeunes eu égard à leur consommation de cannabis. La collaboration et la continuité entre les différents milieux de vie des jeunes sont alors un obstacle qui peut rendre l'application de l'approche de RDM-C moins efficace.

Finalement, le cadre législatif entourant l'usage du cannabis est un des obstacles majeurs que rencontre la RDM-C, surtout quand elle est appliquée chez des jeunes en difficulté. Il est, en effet, illégal de consommer du

cannabis avant l'âge de 21 ans au Québec. Or l'approche de RDM-C n'interdit pas la consommation de ces jeunes et peut même la considérer acceptable, du moins jusqu'à un certain point. Cette notion de zone grise représente souvent un inconfort assez important pour plusieurs intervenants et gestionnaires qui ont l'impression « *d'agir illégalement* » en laissant le jeune consommer. Il importe toutefois de mettre le droit à la santé, un droit humain fondamental, reconnu dans les chartes, en priorité, comme le veut la jurisprudence. De plus, le cannabis légal n'étant pas accessible aux jeunes âgés de moins de 21 ans, ceux-ci ne sont pas en mesure d'appliquer certaines des stratégies de réduction des méfaits employées par les consommateurs ayant accès à un cannabis contrôlé (par exemple favoriser les produits ayant une concentration en THC plus faible).

### **3.1.4. Évaluation de la mise en œuvre du plan de transfert des connaissances**

Les résultats du questionnaire d'évaluation ont révélé une appréciation élevée du contenu et du déroulement de l'atelier délibératif, des attitudes positives envers l'approche de RDM-C, négatives envers l'approche d'abstinence des substances, une perception positive du niveau de formation en RDM-C, ainsi qu'une forte intention d'utiliser les connaissances transférées (Haddad et al., 2025b). Par ailleurs, l'analyse des entrevues d'évaluation a fait émerger deux thèmes, soit : 1) résultats immédiats ; et 2) retombées à court-moyen terme. Les résultats du thème 1 mettaient en relief la satisfaction élevée des participants vis-à-vis de la démarche de transfert des connaissances et des stratégies conçues, leur intention d'utiliser les connaissances transférées et leur appréciation de la mise en œuvre d'une démarche multidirectionnelle impliquant les publics cibles ; celle-ci a permis la révision de connaissances déjà acquises ou encore l'acquisition de nouvelles connaissances. Cependant, l'évaluation des retombées à court-moyen terme (thème 2) a mis en évidence l'appropriation et l'utilisation des connaissances par les publics cibles, principalement en raison de la possibilité de les adapter à leurs pratiques, la validation des méthodes de travail et la possibilité de réaligner les pratiques organisationnelles en conséquence (Haddad et al., 2025b).

### **3.1.5. Actions à déployer pour optimiser la mise en œuvre de l'approche de RDM-C par les intervenants et les gestionnaires travaillant auprès des jeunes en difficulté**

Les activités de recherche en lien avec l’objectif 3 du projet a permis à l’équipe de recherche de formuler des actions pouvant être mises en œuvre par les intervenants et les gestionnaires pour optimiser l’adoption de l’approche de RDM-C auprès des jeunes en difficulté au Québec. Plus spécifiquement, les ateliers délibératifs se sont déroulés en deux phases : (1) une formation basée sur le contenu de la note de politique présentée (i.e., contenu théorique sur la RDM-C); (2) des délibérations sur les actions proposées par l’équipe de recherche. Cette deuxième phase consistait en un exercice en sous-groupes portant sur les actions initialement formulées par l’équipe de recherche et qui visent à optimiser l’adoption de la RDM-C. Lors de l’exercice, les participants ont été invités à reformuler les actions afin qu’elles soient mieux adaptées à leur contexte, à évaluer leur importance et à analyser leur faisabilité et l’impact de leur mise en œuvre. Cet exercice a permis à l’équipe de recherche de formuler par la suite une liste d’actions finales en les classant par ordre de priorité.

D’abord, les actions soulignent la nécessité d’adopter l’approche de RDM-C en fonction des besoins des jeunes en difficulté, même lorsque des enjeux liés à la consommation sont présents (par exemple, un trouble d’utilisation du cannabis). L’adoption uniforme de cette approche nécessite également de clarifier le cadre d’intervention individuel et collectif de l’organisation qui sous-tend les interventions de RDM-C auprès des jeunes. Ce cadre doit, notamment, spécifier les lignes directrices en cas de concomitance avec des enjeux de santé mentale et/ou physique. Dans certaines situations, il peut être suggéré aux jeunes qui présentent un trouble psychotique ou des situations particulières relatives à leur santé (p.ex. une grossesse ou un allaitement courant, diabète, utilisation d’opioïdes à long terme ou une prise de médicament susceptible d’intensifier les effets du cannabis) de se faire accompagner dans la réduction de leur consommation. En cas d’une intention de consommer, une évaluation individualisée devrait avoir lieu avec l’établissement d’un plan de traitement impliquant une équipe multidisciplinaire (intervenants, gestionnaires, travailleurs sociaux, psychiatres, etc.).

Des actions peuvent également être déployées directement auprès des intervenants pour faciliter l’adoption de l’approche de RDM-C et remédier aux croyances qui entravent son applicabilité. La mise en pratique de cette approche passe d’abord par l’accès à des formations afin de favoriser la connaissance de ses principes,

son efficacité, ainsi que son applicabilité auprès des jeunes en difficulté. Échanger et discuter avec les membres des équipes de travail afin de réfléchir aux conceptions et croyances vis-à-vis la réduction des méfaits est également ressortie comme une action à entreprendre pour maximiser l'adoption de l'approche de RDM-C. Ces échanges peuvent, en plus de s'assurer d'une compréhension commune et valide de l'approche, servir à offrir du soutien clinique et partager les expertises pour la prise en charge des cas complexes. Ces discussions permettraient également d'adopter une compréhension commune du cadre d'intervention individuel et collectif en lien avec les principes de RDM-C afin de limiter la transmission de messages contradictoires aux jeunes. Quant à eux, les gestionnaires auraient également un rôle stratégique à jouer afin de s'assurer que les pratiques organisationnelles soient alignées avec les orientations qui sous-tendent la RDM-C, et ce, tout en prenant en compte le statut légal du cannabis auprès des jeunes de moins de 21 ans. Le mandat des gestionnaires passerait également par l'offre de ressources humaines afin que les intervenants puissent avoir accès au soutien d'une personne-ressource (à l'interne ou l'externe) pour répondre à leurs questions, notamment en lien avec les cas complexes de concomitance avec des enjeux de santé mentale et/ou physique.

Finalement, des actions pourraient également viser à promouvoir une meilleure compréhension de la part des parents des jeunes aux principes de RDM-C. Dans la mesure du possible et dépendamment de la réalité du terrain, il s'avère également important de promouvoir l'adhésion des écoles, partenaires et/ou collaborateurs des différents milieux de vie du jeune à la RDM-C. Ces actions permettraient, à la fois, d'améliorer la collaboration et la continuité des interventions entre les différents milieux de vie des jeunes en difficulté, tout en s'assurant d'une meilleure cohérence dans la façon d'encadrer ces jeunes eu égard à leur consommation de cannabis.

### **3.2. Retombées des travaux sur l'avancement des connaissances et contribution à la pratique**

Le présent projet a d'abord permis de recenser les stratégies de RDM-C applicables par les jeunes en difficulté. Pour les jeunes qui choisissent de consommer, des conseils pratiques relatifs au choix du cannabis à

consommer, à la fréquence, la quantité, la méthode ou encore au contexte de consommation sont illustrés. Les résultats soulignent aussi l'importance de prendre en compte les conditions individuelles particulières, telles que les antécédents familiaux de troubles psychotiques, la grossesse, l'utilisation d'opioïdes à long terme, le diabète et d'autres situations médicales pouvant interférer avec les effets ressentis à la suite de la consommation de cannabis.

Le projet de recherche a également permis de mieux comprendre les facteurs qui facilitent et limitent l'adoption de l'approche de RDM-C par les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté. Les résultats soutiennent, entre autres, que la participation à des formations en RDM-C favorise son adoption. En outre, la perception de son efficacité et de son potentiel d'amélioration de l'engagement des jeunes dans le suivi thérapeutique joue un rôle déterminant dans son adoption. Les intervenants et les gestionnaires sont également davantage enclins à adopter l'approche de RDM-C lorsque les jeunes présentent un trouble de l'usage modéré plutôt que sévère. Par ailleurs, pour certains, la présence d'une comorbidité psychiatrique semble limiter l'adoption de l'approche de RDM-C : les intervenants et les gestionnaires exprimant un manque d'expertise pour accompagner efficacement ces cas. Cette complexité liée aux comorbidités souligne l'importance d'une formation spécialisée pour renforcer la compétence de ces professionnels dans la gestion de ces situations spécifiques. Finalement, un cadre législatif favorable à l'approche de RDM-C semble favoriser son applicabilité, tandis que la crainte de potentiels enjeux légaux constitue un frein à son adoption.

Au vu de l'importance d'accompagner les jeunes en difficulté en matière de stratégies de RDM-C, agencé aux changements dans les dernières années dans les cadres légaux entourant l'utilisation du cannabis à des fins non médicales, il apparaît essentiel que les instances gouvernementales reconnaissent la valeur des stratégies de RDM-C et mettent en place des structures permettant l'éducation des jeunes en difficulté par rapport à celles-ci. Plusieurs initiatives en milieu éducatif existent en ce sens grâce à des collaborations entre les piliers provinciaux et communautaires (pour une recension, voir Fallu et al., 2021). Sous forme de programmes ou encore d'ateliers, ces initiatives ont toutefois de la difficulté à rejoindre l'ensemble de leur population cible, puisqu'êtant sur base

volontaire, bon nombre d'écoles n'y adhèrent pas (Marchal, 2024). Une réflexion s'impose quant à la possibilité d'intégrer ce contenu d'apprentissage directement dans le cursus du ministère de l'Éducation, ce qui permettrait de rejoindre l'ensemble des jeunes scolarisés.

En somme, la transition progressive, mais soutenue, vers l'approche de réduction des méfaits à laquelle nous assistons actuellement représente un pas important pour les domaines de la prévention et de l'intervention auprès des jeunes en difficulté. Les résultats de cette étude peuvent contribuer à améliorer les pratiques en matière de santé publique, notamment en fournissant aux intervenants et aux gestionnaires des stratégies concrètes à partager auprès des jeunes en difficulté qui consomment du cannabis. Ils montrent également l'importance d'accompagner ces professionnels, en se basant sur une démarche de transfert des connaissances planifiée et structurée, afin d'optimiser l'adoption et la mise en œuvre de l'approche de RDM-C au sein des pratiques cliniques et de gestion. Ces visées ne peuvent, néanmoins, être atteintes que si la RDM-C est légitimée et adoptée par les institutions. En ce sens, des enjeux légaux importants – notamment en ce qui a trait à l'âge légal de possession et de consommation de cannabis – freinent actuellement l'actualisation de l'approche de RDM-C par les intervenants et les gestionnaires qui œuvrent auprès des jeunes en difficulté. Comment inciter les jeunes à informer les professionnels qui les accompagnent et leur entourage de leur consommation si ces jeunes craignent d'être jugés ou punis en retour? Au-delà des initiatives entreprises au niveau de l'avancement des savoirs scientifiques, des actions doivent également être entreprises sur différents paliers, dans l'objectif de mieux reconnaître et intégrer l'approche de RDM-C afin d'en maximiser l'efficacité et les bénéfices. Ces initiatives demandent un soutien politique conjugué à des efforts de déstigmatisation en lien avec la possession et la consommation de cannabis chez les jeunes en difficulté. Cela n'est possible que si les politiques d'encadrement sont modifiées, et ce de manière cohérente, équilibrée et fondée sur une analyse rigoureuse et objective.

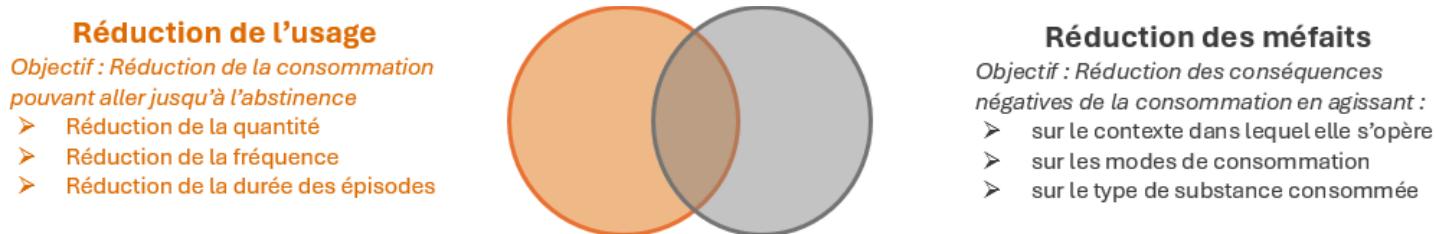
## 4. Discussion des résultats

### 4.1. Pistes d'actions soutenues par les travaux de recherche

#### 4.1.1. Comprendre la distinction entre les concepts de « réduction de l'usage » et de « réduction des méfaits »

Les résultats du projet de recherche montrent qu'encore aujourd'hui, les concepts de réduction de l'*usage* et de réduction des *méfaits* sont souvent confondus. Comparativement à la réduction des méfaits, la réduction de l'*usage* vise à diminuer l'*usage* de substances psychoactives. Elle peut prendre la forme d'une diminution de la quantité de substances consommées, de la fréquence de consommation, de la variété des substances consommées ou encore de la durée d'une séance de consommation. Dans sa forme la plus radicale, la réduction de l'*usage* vise donc une abstinence face aux drogues (D'Arcy et Fallu, 2023). Quant à elle, dans sa conception la plus stricte, la réduction des méfaits ne mise pas sur la réduction de l'*usage* pour atteindre ses objectifs (D'Arcy et Fallu, 2023).

*Figure 3. Distinction entre les concepts de réduction de l'usage et réduction des méfaits (D'Arcy & Fallu, 2023)*



Dans les faits, notre recherche souligne l'existence d'un chevauchement entre ces deux concepts, suggérant qu'ils ne seraient pas mutuellement exclusifs, comme le montre la figure 3. En effet, des pratiques de réduction des méfaits peuvent amener l'individu à privilégier certaines pratiques qui réduisent l'*usage* (par exemple un jeune qui évite de consommer avant le travail ou l'école peut conséquemment, réduire sa fréquence de consommation de cannabis). En réalité, bien que la réduction de l'*usage* et la réduction des méfaits soient conceptuellement distinctes, avec des frontières parfois floues, elles demeurent compatibles tant que la volonté et le rythme des jeunes en difficulté sont respectés. De ce fait, plutôt que de percevoir la réduction de l'*usage* et à la réduction des méfaits comme des approches opposées, il peut être plus productif de les envisager comme

des outils complémentaires offrant une variété de possibilités pour aider les jeunes en difficulté à gérer leur consommation de cannabis.

Cette nuance peut toutefois contribuer à l'ambiguïté dans la compréhension globale et la mise en œuvre de l'approche de RDM-C. Ainsi, il devient impératif de clarifier et d'harmoniser la terminologie et les concepts liés à la réduction de l'usage et à la réduction des méfaits dans le contexte de la consommation de cannabis, afin de favoriser une meilleure compréhension et une utilisation plus efficace des stratégies en RDM-C. En l'absence de définition universelle, l'approche de RDM-C p laisse la place à des interprétations subjectives et personnelles, possiblement teintées par la sémantique et par des croyances individuelles et de fausses conceptions, ainsi qu'à une divergence dans son applicabilité sur le terrain. Ce manque de clarté peut également entraver les efforts de formation et la diffusion de connaissances cohérentes sur l'approche de RDM-C, car des interprétations variées pourraient émerger, nuisant ainsi à une compréhension commune de l'approche. Cela dit, l'utilité de proposer et de diffuser largement une définition universelle, claire et exhaustive de l'approche de RDM-C s'avère essentielle pour son adoption uniforme et efficace dans les pratiques professionnelles.

#### **4.1.2. Agir pour créer des contextes favorables à la mise en œuvre de l'approche RDM-C**

Depuis sa naissance, l'approche de réduction des méfaits s'inscrit dans le domaine de l'intervention en dépendances dans un courant opposé à l'approche d'intervention traditionnelle, fondée sur le modèle thérapeutique d'abstinence et où les objectifs d'abstinence sont les seuls acceptables. Toutefois, la réduction des méfaits ne se veut pas un véhicule visant la banalisation de la consommation de substances psychoactives, mais plutôt une approche qui reconnaît cette consommation, et qui vise à en diminuer les conséquences négatives. Les données issues du présent projet démontrent l'importance que l'ensemble des acteurs qui travaillent auprès des jeunes en difficulté aient un point de vue cohérent et réaliste quant à l'utilité de l'approche de réduction des méfaits. Une approche efficace se doit d'être appliquée de manière uniforme par l'ensemble des intervenants qui travaillent avec les jeunes en difficulté, ce qui n'est pas toujours le cas pour la RDM-C. Il est parfois possible d'observer cette situation avec des intervenants faisant partie d'un même établissement, certains adoptant

l'approche de réduction des méfaits, d'autres étant beaucoup plus réticents à l'adopter en raison de leurs convictions ou croyances personnelles. L'hétérogénéité que peut présenter l'application de l'approche de RDM-C n'aide en aucun cas les jeunes à assimiler de manière adéquate ses principes. Ce constat souligne la nécessité que les pratiques organisationnelles soient alignées avec les orientations qui sous-tendent l'adoption de la RDM-C, mais surtout que ces orientations soient comprises et appliquées par tous. Cette cohérence concerne à la fois les intervenants d'une même organisation et plus largement les différents milieux de vie au sein desquels les jeunes en difficulté sont appelés à participer (travail, scolaire, famille, etc.).

#### **4.1.3. Accompagner les intervenants et les gestionnaires pour assurer l'efficacité des pratiques de RDM-C**

Les résultats issus du présent projet de recherche révèlent que plusieurs obstacles limitent l'utilisation ou l'application de l'approche de RDM-C par les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté. Tout d'abord, les ambiguïtés de sa conceptualisation jouent un rôle influent ; par exemple, certains considèrent que l'approche de RDM-C envoie le message erroné aux jeunes prônant une trop grande tolérance, voire l'encouragement, de la consommation de cannabis, alors qu'elle envoie plutôt le message que l'on se soucie de sa santé, de ses droits, de sa réalité, de son empowerment et de son autodétermination. Certains encore adhèrent à une certaine toxicophobie et considèrent l'arrêt total de la consommation de substances comme seul objectif légitime pouvant être valable, même lorsqu'il paraît complètement inatteignable. En outre, il existe souvent une confusion entre la réduction de la consommation (fréquence, quantité, etc.) et la réduction des méfaits (modification des pratiques de consommation, telles que les contextes et les mélanges, afin d'en réduire les conséquences). Ces constats mettent en évidence la nécessité de sensibiliser, de former et de superviser les intervenants et les gestionnaires intéressés par cette approche.

Les professionnels sont souvent à l'aise avec les éléments théoriques de l'approche de RDM-C, mais il leur est parfois difficile de transférer leurs connaissances lors de leurs interventions sur le terrain. Par exemple, ceux-ci peuvent connaître différentes stratégies qui peuvent être utilisées par les jeunes en matière de RDM-C, mais ne pas se sentir outillés pour les accompagner dans leur mise en œuvre. Les intervenants pourraient alors hésiter

à appliquer des mesures concrètes qui encourageraient la consommation, comme fournir du matériel plus sécuritaire. En ce sens, les résultats du présent projet démontrent que la présentation d'informations, à elle seule, ne se traduit pas nécessairement par l'adoption de l'approche de RDM-C. Ce constat souligne la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de transfert des connaissances structurées, en particulier auprès des intervenants et des gestionnaires ayant été formés selon un modèle d'intervention axé sur l'abstinence.

Le présent projet de recherche a permis d'illustrer la pertinence de s'appuyer sur un plan de transfert des connaissances pour accompagner un changement au sein des pratiques cliniques et de gestion en lien avec l'adoption de l'approche de RDM-C auprès des jeunes en difficulté. D'abord, la mise en œuvre du plan s'est appuyée sur une approche structurée auprès des intervenants et des gestionnaires prenant en compte les facteurs susceptibles de les influencer dans l'adoption de l'approche de RDM-C. Plus spécifiquement, cette démarche d'analyse approfondie a permis de repérer leurs besoins, d'analyser leur contexte de pratique, d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la démarche de transfert des connaissances, d'évaluer leurs attitudes envers l'approche de RDM-C, ainsi que leur niveau de formation en RDM-C. Les stratégies conçues pour transférer les connaissances (notes de politique et ateliers délibératifs) ont également été adaptées à chaque public cible pour assurer l'appropriation des connaissances transférées et maximiser leur impact.

De plus, le déroulement, la mise en œuvre, ainsi que les effets du plan de transfert des connaissances ont été évalués. La mise en œuvre du plan de transfert des connaissances a permis, entre autres, d'informer et d'explorer avec les publics cibles (intervenants et gestionnaires) les actions à entreprendre pour optimiser l'adoption de l'approche de RDM-C auprès des jeunes dans leur pratique. Les résultats de l'évaluation ont, quant à eux, montré l'appréciation des publics cibles de la démarche de transfert des connaissances, leur intention d'utiliser les connaissances transférées et leur motivation à optimiser l'adoption de l'approche de RDM-C suite à leur implication au sein des différentes stratégies déployées.

#### **4.1.4. Les démarches collaboratives : une stratégie gagnante dans l'élaboration et l'implantation de nouvelles pratiques cliniques et de gestion**

Un des objectifs poursuivis dans ce projet impliquait la sensibilisation des intervenants et des gestionnaires aux stratégies de RDM-C applicables par les jeunes en difficulté et aux actions à entreprendre pour optimiser l'adoption de l'approche au sein de leurs pratiques cliniques et de gestion. Par-delà la mise en œuvre d'efforts structurés et délibérés auprès des publics cibles, l'utilisation d'une démarche collaborative fut un élément clé pour la réussite du plan de transfert des connaissances déployé. Les intervenants et les gestionnaires, futurs utilisateurs des connaissances, ont joué un rôle actif dans l'élaboration du plan de transfert des connaissances afin de garantir que les stratégies soient adaptées à leurs besoins. Autrement dit, cette démarche collaborative a maximisé les chances que les stratégies déployées soient pertinentes en fonction de leur contexte de pratique et a permis d'améliorer l'utilisation future des connaissances transférées. Par exemple, les intervenants ont indiqué leur besoin d'échanger entre collègues afin de pouvoir se doter d'une vision commune et de référents partagés en ce qui a trait à la façon dont les principes de RDM-C pouvaient s'appliquer dans leurs interventions auprès des jeunes en difficulté. Quant à eux, les gestionnaires ont indiqué une crainte que leur position hiérarchique puisse introduire une dynamique de pouvoir et entraver l'engagement des intervenants dans les ateliers délibératifs. Ce point a été pris en considération en organisant deux ateliers délibératifs distincts, soit un pour les intervenants et un pour les gestionnaires, permettant ainsi de gérer efficacement ces dynamiques de pouvoir et de satisfaire aux besoins des intervenants. De la même façon, la stratégie de transfert des connaissances privilégiée, soit les ateliers délibératifs, a permis de répondre à un besoin exprimé par les publics cibles, soit d'intégrer les données de la recherche avec leurs perspectives, expériences et connaissances tacites afin d'assurer l'applicabilité des actions développées en lien avec la RDM-C au contexte et aux structures spécifiques à leur organisation. En ce sens, les intervenants et les gestionnaires ont clairement indiqué que l'exercice de délibération (c'est-à-dire la formulation d'actions), ainsi que les informations fournies au sein de la note de politique ont été une valeur ajoutée afin de permettre l'appropriation des connaissances transférées.

## 4.2. Limites des travaux de recherche

Les deux études de portée (objectif 1) ont suivi un processus itératif lors de la sélection des documents retenus, qui a conduit à des ajustements dans les critères d'inclusion au cours de la sélection. À ce titre, certains documents pertinents auraient pu être involontairement exclus (p. ex. la recherche documentaire de la première revue de portée avait d'abord filtré les textes provenant de pays hors OCDE, mais ce critère a été ultérieurement supprimé sans effectuer la recherche documentaire de nouveau). De plus, certaines des études sélectionnées au sein de la deuxième revue de portée abordaient les substances psychoactives en général (y compris le cannabis) et ne distinguaient donc pas clairement les facilitateurs et les obstacles spécifiques à l'approche de réduction des méfaits concernant la consommation cannabis par rapport à la consommation d'autres substances psychoactives.

Les intervenants et les gestionnaires recrutés pour les objectifs 2 et 3 de l'étude démontraient, en grande majorité, une ouverture face à l'adoption de RDM-C. Cela dit, les résultats peuvent refléter les expériences d'intervenants et de gestionnaires déjà engagés dans la RDM-C, plutôt que ceux qui sont plus réticents face à son adoption de cette approche. En outre, une plus grande participation lors des ateliers délibératifs, particulièrement de la part des gestionnaires, aurait enrichi les résultats et permis d'effectuer des analyses comparatives entre les différents publics cibles. De plus, après les ateliers délibératifs, les intervenants et les gestionnaires n'ont pas bénéficié d'un accompagnement pour mettre en œuvre les actions de RDM-C proposées dans leur pratique, ce qui était au-delà du cadre de l'étude. Un tel accompagnement aurait facilité la mise en œuvre et l'intégration des actions dans leur travail auprès des jeunes en difficulté.

Finalement, il est important de souligner l'absence de contributions directes des jeunes en difficulté dans le projet, ce qui aurait pu offrir une compréhension plus approfondie de leurs besoins, leurs expériences et des implications pratiques de l'adoption de l'approche de RDM-C auprès d'eux.

## 5. Pistes de recherches futures

Tout d'abord, le projet démontre qu'une démarche de transfert des connaissances fondée sur les réalités du terrain et les données probantes peut contribuer de manière significative à engendrer un changement au niveau des pratiques cliniques et de gestion. Par conséquent, cette approche devrait être priorisée par les organismes responsables de la formation des professionnels des milieux de pratique au Québec, tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les Centres de réadaptation en dépendance (CRD), ainsi que l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD). Établir des collaborations avec ces instances institutionnelles clés permettrait d'étendre les implications du présent projet de recherche à un niveau provincial, ce qui s'inscrit pleinement dans les objectifs du Plan d'action interministériel sur la dépendance 2018-2028. En ce sens, bien que l'objectif 3 ce projet ait été mené auprès de seulement deux organismes, la démarche de transfert des connaissances mise en œuvre peut être, en grande partie, généralisée à d'autres milieux d'intervention œuvrant auprès des jeunes en difficulté au niveau provincial.

Ensuite, les actions en lien avec l'approche de RDM-C formulées lors de la réalisation de l'objectif 3 du projet devraient être diffusées à une échelle plus large afin d'en accroître l'impact. Cette diffusion pourrait se concrétiser par leur intégration dans des formations provinciales en lien avec l'approche de réduction des méfaits destinées aux intervenants et aux gestionnaires de la santé et des services sociaux. Ces actions pourraient donc, en théorie, être présentées et adaptées afin de former à l'approche de RDM-C les professionnels des différents milieux dans lesquels participent les jeunes en difficulté (milieu du travail, scolaire, familial, etc.).

Finalement, une dernière piste de recherche serait d'interroger directement les jeunes en difficulté sur leur besoins, perceptions et perspectives en matière de pratique de RDM-C.

## 6. Références citées

- Arnautu, D. et Dagenais, C. (2021). Use and effectiveness of policy briefs as a knowledge transfer tool: a scoping review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 1-14.
- Bernard, H. Wutich, A. et Ryan, G. (2016). Analyzing qualitative data: Systematic approaches. SAGE Publications.
- Bertrand, K., Haig, T., Lavoie, C., Ngo Ngue, B., Soucy., J., Lavater, M.-C., et al., (2020). Projet IP-Jeunes : Recenser et promouvoir les critères d'efficacité reconnus en intervention précoce auprès des jeunes présentant des comportements à risque quant à la consommation d'alcool et d'autres drogues, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'internet. Institut universitaire sur les dépendances.
- Brisson, P. (2014). Prévention des toxicomanies : Aspects théoriques et méthodologiques (2<sup>e</sup> édition). Les Presses de l'Université de Montréal.
- D'Arcy L, Fallu J-S. (2023). Reduction de l'usage et réduction des méfaits : mieux les distinguer. DialogTox. <https://www.dialogtox.com/dialog/reduction-de-lusage-et-reduction-des-mefaits-mieux-les-distinguer/>
- Fallu, J.-S., Ferguson, Y., D'Arcy Dubois, L., Benhadj, L. et Brière, F.N. (2021). Recension des écrits sur les pratiques de prévention ciblée de la consommation problématique de substances psychoactives chez les jeunes en difficulté hébergés en institution. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Québec). Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche. Institut universitaire sur les dépendances. 82 p.
- Fallu, J.-S., Gilbert-Lambert, M.-H., D'Arcy Dubois, L., Benhadj, L., Schneider, J., Gottin, T., et al., (2022). Prévention de la consommation à risque ou problématique de substances psychoactives chez les jeunes hébergés en institution au Québec. Institut universitaire sur les dépendances.
- Jenkins, E. K., Slemon, A. et Haines-Saah, R. J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: Insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-11.

Gouvernement du Canada. (2024). Enquête canadienne sur la consommation de substances. Sommaire des résultats de 2023. (publication no 240324).

Gouvernement du Québec (2024). Principaux résultats, portrait du vapotage de cannabis et premières données sur les connaissances à l'égard de la consommation à moindres risques.

Graham, I., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map?. *Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13-24.

Haddad, R., Dagenais, C., Fallu, J. S., Huỳnh, C., D'Arcy, L. et Hot, A. (2024b). Facilitators of and obstacles to practitioners' adoption of harm reduction in cannabis use: a scoping review. *Harm Reduction Journal*, 21(1), 178.

Haddad, R., Dagenais, C., Huynh, C. et Fallu, J. S. (2024a). Facilitators of and barriers to healthcare providers' adoption of harm reduction in cannabis use: a scoping review protocol. *BMJ open*, 14(4), e078427.

Haddad, R., Fallu, J. S., Huỳnh, C., Gervais, M. J. et Dagenais, C. (2025a). Mixed-methods study on professionals' attitudes toward harm reduction in cannabis use and the development of a knowledge translation plan. *Scientific Reports*, 15(1), 13225.

Haddad, R., Fallu, J.-S., Huỳnh, C., D'Arcy, L., Song, Y. et Dagenais, C. (2025b). Implementation and evaluation of a knowledge translation process to optimize the adoption of harm reduction in cannabis use by practitioners working with youth in Quebec: A mixed-methods study. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 147.

Lavis, J. N., Boyko, J. A. et Gauvin, F.-P. (2014). Evaluating deliberative dialogues focussed on healthy public policy. *BMC Public Health*, 14, 1287.

Lambert, G., Haley, N., Tremblay, C., Frappier, J.-Y., Roy, E. et Otis, J. (2015). Consommation problématique de substances psychoactives et comportements sexuels à risque chez les adolescents admis en centre jeunesse. *Drogues, santé et société*, 14(1), 132–151.

Laventure, M., Dery, M. et Pauze, R. (2008). Profils de consommation d'adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse. *Drogues, santé et société*, 7(2), 9–45.

Marchal, M. (2024). Trop d'écoles boudent le programme de prévention des dépendances. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2050346/cole-absence-prevention-dependances-aqid>

McBride, N., Farringdon, F., Midford, R., Meuleners, L. et Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99(3), 278-291.

Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Impl Science*, 5(1).

Miles, M., Huberman, A. et Saldaña, J. (2018). Qualitative data analysis: A methods sourcebook. SAGE Publications.

Poulin, C. et Nicholson, J. (2005). Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools?: Empirical evidence from an integrated school-and community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 403-414.

Song, Y. P. (2024). Jeunes et cannabis: comment peuvent-ils se protéger?: revue de portée des stratégies de réduction des méfaits relatives à la consommation de cannabis chez les jeunes. Université de Montréal.

Wallis, D., Coatsworth, J. D., Mennis, J., Riggs, N. R., Zaharakis, N., Russell, M. A. et al., (2022). Predicting Self-Medication with Cannabis in Young Adults with Hazardous Cannabis Use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1850.

Ziam, S., Lanoue, S., McSween-Cadieux, E., Gervais, M.-J., Lane, J., Gaid, D., et al., (2024). A scoping review of theories, models and frameworks used or proposed to evaluate knowledge mobilization strategies. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 8.

## Annexe 1. Paramètres de la première revue de portée (objectif 1)

P ( <i>population</i> )	Toute personne qui consomme du cannabis et qui peut appliquer une stratégie de réduction des méfaits
I ( <i>intervention</i> )	Toute intervention de réduction des méfaits du cannabis applicable de façon individuelle
C ( <i>comparator</i> )	Toute personne ayant consommé du cannabis et qui ne reçoit/applique pas d'intervention de réduction des méfaits
O ( <i>outcome</i> )	Tous types de méfaits (soi, entourage, société)
T ( <i>timing</i> )	1990 à aujourd'hui
S ( <i>setting</i> )	Pays de l'OCDE

## Annexe 2. Paramètres de la deuxième revue de portée (objectif 1)

- Question 1 liée à la composante « concept » : Comment se définit l'approche de RDM-C ?
- Question 2 liée aux composantes « concept » et « contexte » : Quels sont les facilitateurs et les obstacles liés à l'adoption de l'approche de RDM-C par les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ?
- Question 3 liée à la composante « population » : Quelle est la clientèle des intervenants faisant l'objet des études repérées (p. ex., adolescents et jeunes adultes en difficulté, femmes enceintes, individus présentant un trouble psychotique, etc.) ?
- Question 4 liée à la composante « concept » : Où réside le manque dans la littérature et quels sont les futurs besoins de recherche ?

## Annexe 3. Canevas d'entretien des entrevues individuelles (objectif 2)

### Questions sociodémographiques

1. À quel genre vous identifiez-vous?

- Homme
- Femme
- Autre (veuillez spécifier) : \_\_\_\_\_

2. Quel âge avez-vous ?

- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 ans et plus

3. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- Secondaire ou collégial
- Certificat de premier cycle
- Diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat)
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre (veuillez spécifier) : \_\_\_\_\_

4. Pour quelle organisation travaillez-vous : \_\_\_\_\_

a. Dans direction/direction adjointe travaillez-vous (si applicable) : \_\_\_\_\_

5. Lieu du travail (région administrative) : \_\_\_\_\_

6. Quel poste/fonction occupez-vous: \_\_\_\_\_

7. J'occupe ce poste actuel depuis \_\_\_\_\_ ans.

## **Conception de la consommation de cannabis**

8. Pouvez-vous m'expliquer, en vos mots, comment se manifeste l'usage problématique (la dépendance) de cannabis chez les jeunes en difficulté?

a. Est-ce que cette vision concernant la dépendance au cannabis s'applique pour toutes les drogues ?

b. Est-ce que cette vision concernant la dépendance au cannabis s'applique pour toutes les clientèles?

## **Comment peut-on aider les jeunes en difficulté face à leur usage du cannabis ?**

9. En quoi se distinguent vos façons d'intervenir par rapport à certains facteurs (p.ex. âge, état de la santé mentale) ou conditions particulières (p. ex. grossesse, troubles du comportement, etc.)?

10. Avez-vous toujours eu cette vision de la façon d'intervenir? Si non, comment cette vision a-t-elle évolué? Quels sont les éléments qui l'ont fait évoluer ?

## **Expérience personnelle avec la consommation de substance**

11. Comment vos propres expériences de consommation ou l'expérience de consommation de vos proches a-t-elle influencé la façon dont vous :

a. percevez la consommation de cannabis chez les jeunes en difficulté?

b. percevez la façon d'aider les jeunes en difficulté qui consomment du cannabis?

## **Réduction des méfaits associés à l'usage du cannabis (RDM-C)**

12. Pouvez-vous définir, dans vos propres mots, en quoi consiste la réduction des méfaits?

a. Comment en avez-vous entendu parler (formation professionnelle, parcours scolaire, collègues, médias)

13. Pour quelles raisons pensez-vous que l'approche de RDM-C a été développée ?

a. Quels sont les avantages de cette approche face à l'usage du cannabis chez les jeunes en difficulté ?

b. Quelles sont les limites de cette approche face à l'usage du cannabis chez les jeunes en difficulté?

14. En quoi l'approche de RDM-C est-elle compatible ou incompatible avec les valeurs et la structure de votre organisation ?

15. Est-ce que vous vous sentez capable de mettre en œuvre des interventions basées sur l'approche de RDM-C auprès de votre clientèle? Pourquoi ?

16. Selon vous, vos collègues sont-ils prêts à adopter une approche de RDM-C dans leur pratique ? Si non, qu'est-ce qui pourrait favoriser un changement d'approche chez vos collègues?

## Annexe 4. Canevas d'entretien pour les consultations (objectif 3)

### Consultations menées auprès du public cible 1 : intervenants

1. Pour quelle organisation travaillez-vous ? [Par exemple, RACQ, CRJD ou autre]
2. Quel poste occupez-vous actuellement ?
3. Pourquoi pensez-vous que l'approche de réduction des méfaits associés à l'usage du cannabis (RDM-C) a été développée ? Qu'en pensez-vous de son origine ?
4. Que savez-vous des preuves montrant l'efficacité de l'approche de RDM-C ? Qu'en pensez-vous de leur qualité ?
5. Êtes-vous en faveur d'adopter l'approche de RDM-C dans votre pratique auprès des adolescents et des jeunes adultes en difficulté ou préférez-vous adopter d'autres approches ? Si oui, lesquelles ?
6. Pensez-vous que les interventions basées sur l'approche de RDM-C peuvent être adaptées à vos besoins et votre contexte ? Si oui, pourquoi et comment ? Si non, qu'est-ce qui devrait être changé pour qu'elles fonctionnent de façon efficace dans votre contexte ?
7. S'il y a des erreurs ou des problèmes avec la mise en œuvre d'interventions basées sur l'approche de RDM-C dans votre organisation, est-ce possible de corriger ces erreurs sur le terrain ? Qui a le pouvoir de le faire ?
8. Pensez-vous que la mise en œuvre et l'adoption de l'approche de RDM-C dans votre organisation seraient complexes ? Pourquoi ?
9. Comment pensez-vous que l'approche de RDM-C devrait vous être présentée ? Par le biais de quels outils ?
10. Pensez-vous qu'il y aurait des coûts associés à la mise en œuvre d'interventions basées sur l'approche de RDM-C dans votre organisation ? Si oui, est-ce que cela sera considéré comme un obstacle ou comme un bon investissement ? Qui serait responsable de ces coûts ?
11. Qu'est-ce que vous savez ou ne savez pas sur l'approche de RDM-C ? À votre avis, quels sont ses avantages et inconvénients ?
12. Est-ce que vous vous sentez capable de mettre en œuvre des interventions basées sur l'approche de RDM-C auprès des adolescents et des jeunes adultes en difficulté ? Pourquoi ?
13. Est-ce que vous sentez que vous allez adhérer à l'approche de RDM-C et la mettre en œuvre dans votre pratique ?
14. Est-ce que vous vous sentez activement impliqués dans la mission et les activités de votre organisation ? Comment est-ce que ce niveau d'engagement influence la mise en œuvre d'interventions basées sur l'approche de RDM-C ?

15. Comment pensez-vous que vos caractéristiques (p. ex. tolérance à l'ambiguité, motivation, valeurs, compétences, capacité et style d'apprentissage) influencent la mise en œuvre d'interventions basées sur l'approche de RDM-C ?

## Consultations menées auprès du public cible 2 : gestionnaires

1. Pour quelle organisation travaillez-vous ? [Par exemple, RACQ, CRJD ou autre]
2. Quel poste occupez-vous actuellement ?
3. Pensez-vous que les besoins de votre clientèle (adolescents et jeunes adultes en difficulté) sont reconnus et priorisés ou est-ce qu'il y aurait des obstacles pour la prise en compte de leurs besoins ? Pensez-vous que l'approche de RDM-C répond à leurs besoins ?
4. Est-ce que votre organisation est en réseau avec des organismes externes ? Comment ces réseaux formels et informels influencent la mise en œuvre de l'approche de RDM-C dans votre organisation ?
5. Est-ce que vous ressentez une pression externe face à la mise en œuvre de l'approche de RDM-C ou bien avez-vous un désir de l'adopter dans votre organisation en raison de son efficacité ? Pensez-vous que le fait que d'autres organisations ont mis ou mettront en œuvre l'approche de RDM-C vous encourage à l'implanter au sein de votre organisation pour rentrer en concurrence avec d'autres organisations ?
6. Quels politiques, plans, programmes ou règlements influence la mise en œuvre de l'approche de RDM-C dans votre organisation ?
7. Comment les caractéristiques structurelles de votre organisation (p. ex., taille, âge, architecture sociale, etc.) influencent-elles la mise en œuvre de l'approche de RDM-C ?
8. Comment la nature et la qualité des réseaux sociaux et des communications formelles et informelles entre les professionnels (intervenants et gestionnaires) de votre organisation influencent-elles la mise en œuvre de l'approche de RDM-C ?
9. Comment votre culture organisationnelle influence-t-elle la mise en œuvre de l'approche de RDM-C ?
10. Est-ce que vous êtes ouverts à la mise en œuvre de l'approche de RDM-C au sein de votre organisation ? Est-ce que son adoption de la part des intervenants sera récompensée, soutenue et attendue ?
  - a. Pensez-vous que la situation actuelle au sein de votre organisation nécessite un changement et requiert nécessairement la mise en œuvre de l'approche de RDM-C pour améliorer la qualité des interventions offertes ?
  - b. Pensez-vous que l'approche de RDM-C est compatible avec les normes et les valeurs de votre organisation ?

- c. Pensez-vous que c'est important et préférable de mettre en œuvre l'approche de RDM-C au sein de votre organisation comparativement à d'autres approches ?
  - d. Comment les récompenses organisationnelles influencent-elles la mise en œuvre de la RDM-C ?
  - e. Est-ce que votre organisation s'est fixé des objectifs en lien avec l'adoption de l'approche de RDM-C et les a communiqués aux intervenants ?
  - f. Qu'en est-il du climat d'apprentissage au sein de votre organisation ? Est-ce que les intervenants se sentent à l'aise d'essayer de nouvelles méthodes pour améliorer leurs pratiques professionnelles ?
11. Qu'est-ce qui démontre concrètement (indicateurs tangibles et immédiats) que vous souhaitez mettre en œuvre l'approche de RDM-C au sein de votre organisation ?
- a. En tant que responsable, est-ce que vous serez activement impliqué dans la mise en œuvre de l'approche de RDM-C au sein de votre organisation ou est-ce que d'autres responsables ou gestionnaires le seront ?
  - b. Pensez-vous que les ressources financières et humaines (argent, formation, éducation, temps, espace physique, etc.) présentes sont suffisantes pour mettre en œuvre l'approche de RDM-C ?
  - c. Est-ce que les intervenants au sein de votre organisation ont été informés sur les forces et les limites de l'approche de RDM-C ? Ont-ils un accès facile et digeste aux connaissances ?

## Annexe 5. Questionnaire utilisé pour la collecte quantitative (objectif 3)

Veuillez indiquer votre degré d'accord sur les énoncés suivants	Entièrement en désaccord		Neutre	Entièrement en accord	
	1	2	3	4	5
<b>A. Attitudes générales envers l'approche de RDM</b>					
1. L'approche de RDM n'est pas une approche efficace pour lutter contre l'abus de substances					
2. L'approche de RDM est dangereuse					
3. L'approche de RDM est une forme efficace de traitement					
4. Les stratégies de RDM encouragent la consommation de drogues et d'alcool					
5. Les personnes présentant des déficiences psychiatriques et des dépendances peuvent bénéficier de l'approche de RDM					
6. Les personnes diagnostiquées avec des troubles psychiatriques graves et des dépendances peuvent bénéficier de l'approche de RDM					
7. Je crois que les services de logement ne devraient PAS exiger l'abstinence					
8. L'approche de RDM est efficace pour retenir les personnes en traitement					
9. L'approche de RDM est une modalité de traitement valide et utile					
10. L'approche de RDM ne rend pas les gens responsables de leur comportement					
11. L'approche de RDM soutient la consommation de drogues					
12. Je crois que les services de logement tels que les centres jeunesse devraient être réservés aux personnes prêtes à atteindre ou à maintenir l'abstinence					
<b>B. Attitudes envers les traitements fondés sur l'abstinence</b>					
13. L'abstinence totale est le seul objectif du traitement de l'alcoolisme et de l'abus de substances					

14. L'abstinence est un objectif raisonnable et réalisable pour tous	
15. L'acceptation de la consommation de substances n'a pas sa place dans le traitement	
16. Vous ne pouvez pas aider une personne ayant une dépendance si vous tolérez la consommation de substances	
17. Le rétablissement de l'abus de substances signifie l'abstinence complète de drogues et d'alcool.	
18. Vous ne pouvez pas aider une personne à se rétablir en tolérant la consommation de drogues de quelque façon que ce soit	
19. La rechute est une phase naturelle du processus de traitement	
20. Un objectif légitime du traitement est d'aider les gens à réduire leur consommation de substances à un niveau qui leur permette de fonctionner efficacement dans la société	

#### C. Attitudes concernant le niveau de formation à l'approche de RDM

21. J'ai le sentiment d'être suffisamment formé à l'approche de RDM	
22. Je pense que je comprends parfaitement l'approche de RDM	
23. J'ai besoin de plus de formation sur l'approche de RDM	
24. J'ai de sérieuses inquiétudes quant au niveau de formation que j'ai reçu pour travailler efficacement avec cette population	

## Annexe 6. Plan de transfert des connaissances élaboré (objectif 3)

<b>Objectif général</b>	Promouvoir une attitude positive parmi les praticiens du réseau de la santé et des services sociaux à l'égard de la RDM-C et assurer sa mise en œuvre optimale auprès des jeunes en difficulté.
<b>Analyse de la situation</b>	Ce volet comprend une analyse des besoins et des contextes des publics cibles et se fonde sur l'analyse des consultations et des données issues de la passation d'un questionnaire.
<b>Contenu à transférer</b>	Quatre sujets seront abordés : (1) Présentation générale de l'approche de RDM-C; (2) Mise en œuvre de l'approche de RDM-C auprès des jeunes en difficulté; (3) Fausses croyances liées à l'approche de RDM-C; (4) Facilitateurs et obstacles à l'adoption de l'approche de RDM-C.
<b>Publics cibles</b>	Intervenants et gestionnaires travaillant auprès de la clientèle jeunes en difficulté au sein du RACQ et au CCSMTL
<b>Objectifs spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promouvoir une meilleure compréhension de l'approche de RDM-C</li> <li>➤ Optimiser l'adoption et l'application de l'approche de RDM-C auprès des jeunes en difficulté</li> <li>➤ Améliorer les pratiques organisationnelles et professionnelles</li> </ul>
<b>Acteurs à impliquer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intervenants et gestionnaires des organisations concernées</li> <li>➤ Co-chercheurs du projet de recherche spécialisés dans le transfert des connaissances et l'approche de RDM-C</li> <li>➤ Facilitateurs d'une stratégie de transfert des connaissances (c'est-à-dire les ateliers délibératifs)</li> </ul>
<b>Stratégies de transfert des connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Note de politique synthétisant le contenu des ateliers délibératifs</li> <li>➤ Ateliers délibératifs. Les intervenants et gestionnaires seront invités à participer à un atelier délibératif structuré en deux phases : Phase I. Formation aux notions de base de la RDM-C; Phase II. Processus de délibération et formulation de recommandations.</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<p>Les stratégies de transfert des connaissances seront mises en œuvre en septembre 2024 et octobre 2024. L'évaluation s'effectuera deux semaines après la mise en œuvre à l'aide d'une approche mixte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une composante quantitative, qui comprendra des questionnaires pour évaluer chez les participants : (1) les perceptions concernant l'utilité de la note de politique ; (2) l'appréciation des ateliers délibératifs ; (3) les intentions d'utiliser les connaissances transférées ; (4) la conceptualisation l'approche de RDM-C.</li> <li>➤ Un volet qualitatif qui consistera à mener des entretiens semi-structurés avec les participants afin d'évaluer la mise en œuvre des stratégies de transfert des connaissances et leurs effets sur la pratique.</li> </ul>

## Annexe 7. Évaluation du plan de transfert des connaissances (objectif 3)

### Grille d'évaluation du plan de transfert des connaissances

Processus de mise en œuvre des stratégies de transfert des connaissances		
Dimensions	Composantes	Opérationnalisation
Planification	Développer un plan de transfert des connaissances	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Prévoir l'évaluation du plan de transfert des connaissances	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stratégies de transfert des connaissances	Caractéristiques des stratégies	<p>Deux stratégies adaptées à chacun des publics cibles (intervenants et gestionnaires) en fonction de leurs besoins et leur contexte de pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notes de politique</li> <li>- Ateliers délibératifs en deux phases (I. Formation aux notions de bases de la RDM-C; II. Processus de délibération et formulation de recommandations)</li> </ul>
	Caractéristiques du contenu	<p>Connaissances scientifiques portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historique de la RDM et de la consommation de substances psychoactives;</li> <li>- Fausses croyances liées à l'approche de RDM-C;</li> <li>- Stratégies de RDM-C pouvant être adoptées par les jeunes en difficulté;</li> <li>- Facilitateurs et obstacles à l'adoption de l'approche de RDM;</li> <li>- Actions favorisant l'adoption de la RDM-C auprès des jeunes en difficulté.</li> </ul> <p><i>Le contenu est adéquation avec les besoins des différents publics cibles et présenté clairement.</i></p>
	Caractéristiques des responsables de la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membres de l'équipe de recherche crédibles et spécialisés dans le domaine du transfert des connaissances et de la RDM</li> <li>- Présence d'interactions positives entre les membres de l'équipe de recherche et les publics cibles (intervenants et gestionnaires)</li> </ul>
Implantation des stratégies de transfert des connaissances	Niveau de participation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier délibératif (Phase I et Phase II) destiné aux gestionnaires (n=4)</li> <li>- Atelier délibératif (Phase I) destiné aux intervenants (n=15)</li> <li>- Atelier délibératif (Phase II) destiné aux intervenants (n=11)</li> </ul>
	Motivation des publics cibles	Les publics cibles (intervenants et gestionnaires) sont motivés envers l'adoption de l'approche de RDM-C auprès des jeunes en difficulté
	Engagement des publics cibles	Les publics cibles (intervenants et gestionnaires) ont été activement impliqués dans les ateliers délibératifs; ils ont interagi fréquemment entre eux et ont partagé leurs expériences avec les autres participants.
	Fidélité de l'implantation	Les stratégies de transfert des connaissances ont été mises en œuvre comme prévu au départ, à l'exception d'une modification : les deux phases des ateliers délibératifs ont été combinées en une seule session pour les gestionnaires.
	Adaptation aux besoins des différents publics cibles	Le contenu (type de connaissances présentées) et le format des stratégies de transfert des connaissances sont en adéquation avec les besoins et le contexte de pratique des différents publics cibles.
	Évaluation de l'implantation	Deux semaines après les ateliers délibératifs, un questionnaire a été administré aux participants et ils ont été invités à participer à des entretiens d'évaluation.

## Grille d'évaluation du plan de transfert des connaissances (suite)

Effets des stratégies de transfert des connaissances		
Dimensions	Composantes	Opérationnalisation
Effets à court terme	Satisfaction des publics cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitatif : Questionnaire sur l'évaluation des ateliers délibératifs (p. ex. Je suis satisfait quant au contenu présenté lors de l'atelier délibératif; La qualité des discussions de l'atelier délibératif répondait à mes attentes)</li> <li>- Qualitatif : Entretien avec les intervenants et gestionnaires sur leur évaluation des stratégies de transfert des connaissances (p. ex. Qu'avez-vous pensé des stratégies de transfert des connaissances auxquels vous avez participé?)</li> </ul>
	Apprentissages perçus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitatif : Questionnaire sur les apprentissages effectués (p. ex. les questions lors des ateliers délibératifs m'ont permis d'apprendre de nouvelles connaissances)</li> </ul>
	Changements dans les attitudes et les comportements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitatif : Questionnaire sur les attitudes envers l'approche de RDM-C et les approches visant l'abstinence (p. ex. La RDM-C est une approche valide et efficace; L'abstinence complète est le seul objectif valide de traitement concernant la consommation de cannabis)</li> <li>- Qualitatif : Entretien avec les intervenants et gestionnaires leur attitude et comportement suite aux stratégies de transfert des connaissances (p.ex. Dans quelle mesure votre participation aux stratégies de transfert des connaissances a-t-elle modifié votre perception de la RDM-C?)</li> </ul>
	Intention d'utiliser les connaissances transférées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitatif : Questionnaire sur l'intention d'utiliser les connaissances transférées dans la pratique (p. ex. J'ai l'intention d'utiliser les connaissances présentées lors des stratégies de transfert des connaissances dans ma pratique)</li> </ul>
Effets à moyen et à long terme	Intention de changer les pratiques cliniques et de gestion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitatif : Entretien avec les intervenants et gestionnaires leur intention de changer leurs pratiques suite à leur implication dans les stratégies de transfert des connaissances (p.ex. Jusqu'à quel point votre participation aux stratégies de transfert des connaissances est-elle susceptible de modifier vos pratiques avec les jeunes en difficulté ?)</li> </ul>
	Appropriation des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitatif : Entretien avec les intervenants et gestionnaires quant à leur appropriation des pratiques de RDM-C discutées lors des stratégies de transfert des connaissances (p. ex. Dans quelle mesure votre participation aux stratégies de transfert des connaissances est-elle responsable de votre adoption de l'approche de RDM-C?)</li> </ul>
	Application des connaissances dans les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitatif : Entretien avec les intervenants et gestionnaires quant au degré avec lequel les pratiques de RDM-C discutées lors des stratégies de transfert des connaissances sont appliquées (p. ex. Jusqu'à quel point avez-vous des réticences à appliquer l'approche de RDM-C avec votre clientèle? Quels facteurs peuvent favoriser ou nuire à l'application de cette approche avec les jeunes en difficulté?)</li> </ul>
	Utilisation des connaissances pour soutenir la prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitatif : Entretien avec les gestionnaires quant à l'influence des stratégies de transfert des connaissances sur les orientations organisationnelles (p. ex. Dans quelle mesure votre participation aux stratégies de transfert des connaissances a-t-elle modifié les pratiques organisationnelles actuellement en vigueur en lien avec l'utilisation de l'approche de RDM-C?)</li> </ul>

## Annexe 8. Outils d'évaluation du plan de transfert des connaissances

### (objectif 3)

#### VOLET QUANTITATIF

Le présent questionnaire regroupe trois échelles :

- La première échelle, soit le « Participant Feedback Questionnaire » (PFQ), cherche à évaluer l'appréciation de l'atelier délibératif (Dagenais et al., 2011).
- La deuxième échelle, soit le questionnaire sur le « Développement-Professionnel-Continu - réaction » (DPC-réaction), permet de repérer l'intention à utiliser les connaissances transférées par le biais de l'atelier délibératif (Légaré et al., 2015).
- La troisième échelle serait le questionnaire sur la conceptualisation de l'approche de RDM-C. Il a été développé dans le cadre d'une étude qui cherchait à évaluer la conceptualisation de l'approche de RDM par un groupe d'intervenants dans le but d'identifier les défis liés à son applicabilité en pratique (Mancini et al., 2008).

#### Échelle #1 : « *Participant Feedback Questionnaire* » (PFQ)

##### Partie A : Questions sociodémographiques

1. À quel genre vous identifiez-vous ?

- Homme
- Femme
- Non-binaire
- Autre
- Préfère ne pas répondre

2. Quel âge avez-vous ?

- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 ans et plus

3. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- Secondaire ou collégial
- Certificat de premier cycle
- Diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat)
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre (veuillez spécifier) : \_\_\_\_\_

4. Pour quelle organisation travaillez-vous ?

- Regroupement des Auberges du Cœur de Québec (RACQ)
- Centres de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJD)
- Centres de réadaptation en dépendances (CRD)
- Centres locaux de services communautaires (CLSC)

5. Quel poste/fonction occupez-vous ?

- Intervenant.e
- Gestionnaire
- Intervenant.e et gestionnaire
- Autre (veuillez spécifier) : \_\_\_\_\_

6. J'occupe ce poste actuel depuis \_\_\_\_\_ ans.

7. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'adolescent.e.s et de jeunes adultes en difficulté au Québec ?

- Inscrivez le nombre d'années : \_\_\_\_\_

**Partie B : Questions sur l'atelier délibératif (AD)**

8. Quelles étaient vos attentes lorsque vous avez décidé de participer à cette activité ?

---

---

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez dans la colonne de droite le chiffre qui correspond à votre degré d'accord

Fortement en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

**B.1) Objectifs et contenu de l'atelier**

9. Le contenu de cet atelier a répondu à mes attentes 1 2 3 4 5 6 7

10. Je suis satisfait.e face aux sujets traités 1 2 3 4 5 6 7

11. Je suis satisfait.e face à la qualité des débats 1 2 3 4 5 6 7

12. Je suis satisfait.e face à la qualité des exposés 1 2 3 4 5 6 7

13. Les notions de l'atelier étaient nouvelles pour moi 1 2 3 4 5 6 7

14. Le contenu présenté est compréhensible	1 2 3 4 5 6 7
15. L'information présentée me sera utile dans mon travail	1 2 3 4 5 6 7

#### B.2) Organisation de l'atelier

16. Je suis satisfait.e face à l'organisation de l'atelier	1 2 3 4 5 6 7
17. Je suis satisfait.e face au support de présentation	1 2 3 4 5 6 7

#### B.3) Stratégie d'apprentissage

18. Les travaux en sous-groupes réalisés ont contribué à mon apprentissage	1 2 3 4 5 6 7
19. La tâche qui vous avez réalisée en groupe était adéquate	1 2 3 4 5 6 7
20. Les échanges avec les animateur.trice.s ont contribué à mon apprentissage	1 2 3 4 5 6 7
21. Les discussions de groupe ont contribué à mon apprentissage	1 2 3 4 5 6 7

#### B.4) Animateur.trice.s

22. Les animateur.trice.s maîtrisaient bien le contenu de l'atelier	1 2 3 4 5 6 7
23. Les animateur.trice.s ont présenté le contenu de la formation de façon claire	1 2 3 4 5 6 7
24. Les animateur.trice.s ont donné des réponses satisfaisantes aux questions	1 2 3 4 5 6 7
25. Les animateur.trice.s ont contribué à maintenir mon intérêt pour l'atelier	1 2 3 4 5 6 7

#### B.5) Appréciation générale et suggestions d'amélioration

26. Dans l'ensemble, j'ai été satisfait.e de cet atelier.	1 2 3 4 5 6 7
27. Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié lors de cet atelier?	

---



---

28. Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié lors de cet atelier?

---



---

29. Quelles sont vos suggestions (contenu, matériel, autre) pour améliorer cet atelier?

#### Échelle #2 : « Développement-Professionnel-Continu - réaction » (DPC-réaction)

*Lors de l'atelier délibératif, neuf actions permettant de favoriser l'adoption de la RDM-C auprès des adolescents et des jeunes adultes en difficulté vous ont été présentées. La présente section porte sur ces actions.*

30. J'ai l'intention de mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique.

Fortement en désaccord << >> Fortement en accord						
1	2	3	4	5	6	7

31. Au meilleur de ma connaissance, la proportion de mes collègues qui mettent en œuvre les actions présentées dans leur pratique est de :

0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
-------	--------	--------	--------	---------

32. Je suis confiant que je pourrais mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique si je le voulais.

Fortement en désaccord << >> Fortement en accord						
1	2	3	4	5	6	7

33. Il est éthique de mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique.

Totalement en désaccord << >> Totalement en accord						
1	2	3	4	5	6	7

34. Pour moi, mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique serait :

Extrêmement difficile << >> Extrêmement facile						
1	2	3	4	5	6	7

35. Pensez maintenant à un collègue de travail que vous respectez comme professionnel. À votre avis, met-il en œuvre les actions présentées dans sa pratique?

Jamais << >> Toujours						
1	2	3	4	5	6	7

36. Je planifie mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique.

Fortement en désaccord << >> Fortement en accord						
1	2	3	4	5	6	7

37. De façon générale, je pense que mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique serait pour moi :

Inutile << >> Utile						
---------------------	--	--	--	--	--	--

1

2

3

4

5

6

7

38. La plupart des personnes importantes pour moi dans ma profession mettent en œuvre les actions présentées dans leur pratique.

Fortement en désaccord &lt;&lt;

&gt;&gt; Fortement en accord

1

2

3

4

5

6

7

39. Il est acceptable de mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique.

Totalement en désaccord &lt;&lt;

&gt;&gt; Totalement en accord

1

2

3

4

5

6

7

40. Je suis capable de mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique.

Fortement en désaccord &lt;&lt;

&gt;&gt; Fortement en accord

1

2

3

4

5

6

7

41. De façon générale, je pense que mettre en œuvre les actions présentées dans ma pratique serait pour moi :

Néfaste &lt;&lt;

&gt;&gt; Bénéfique

1

2

3

4

5

6

7

### Échelle #3 : Questions sur l'approche de RDM-C

Veuillez indiquer votre degré d'accord sur les énoncés suivants

Entièrement en désaccord	Neutre	Entièrement en accord
--------------------------	--------	-----------------------

\*RDM-C : réduction des méfaits liés à l'usage du cannabis

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### Attitudes générales envers l'approche de RDM-C

42. L'approche de RDM-C\* n'est pas une approche efficace pour la consommation de cannabis

43. L'approche de RDM-C est dangereuse

44. L'approche de RDM-C est une forme de traitement efficace

45. Les stratégies de RDM-C encouragent la consommation de cannabis

46. Les personnes diagnostiquées avec des troubles psychiatriques et des dépendances peuvent bénéficier de l'approche de RDM-C	
47. Les personnes diagnostiquées avec des troubles psychiatriques <i>graves</i> et des dépendances peuvent bénéficier de l'approche de RDM-C	
48. Je crois que les services d'hébergement ne devraient PAS être conditionnés par l'abstinence	
49. L'approche de RDM-C est efficace dans le maintien des individus en traitement	
50. L'approche de RDM-C est une modalité de traitement valide et utile	
51. L'approche de RDM-C ne rend pas les gens responsables de leur comportement	
52. L'approche de RDM-C soutient la consommation de cannabis	

#### Attitudes envers les traitements fondés sur l'abstinence

53. L'abstinence complète est le seul but du traitement de la consommation de cannabis	
54. L'abstinence est un objectif raisonnable et réalisable pour tous les individus	
55. L'acceptation de la consommation de cannabis n'a pas sa place dans le traitement	
56. Vous ne pouvez pas aider une personne ayant des addictions si vous tolérez la consommation de cannabis	
57. Se rétablir de la consommation de cannabis signifie l'abstinence complète du cannabis	
58. Vous ne pouvez pas aider quelqu'un à se rétablir en tolérant la consommation de cannabis de quelque façon que ce soit	

#### Attitudes concernant le niveau de formation à l'approche de RDM-C

59. Je sens que je suis adéquatement formé.e à l'approche de RDM-C	
60. Je sens que je comprends totalement l'approche de RDM-C	
61. J'ai besoin de plus de formation sur l'approche de RDM-C	

---

62. J'ai de sérieuses inquiétudes quant au niveau de formation que j'ai reçu pour travailler efficacement avec les adolescents et les jeunes adultes en difficulté

---

## VOLET QUALITATIF

1. Pour quelle organisation travaillez-vous [RACQ, CRJD, CRD, CLSC] ?
2. Quel poste occupez-vous actuellement ?

### A. Questions sur les stratégies de transfert des connaissances mises en œuvre

3. Vous avez reçu une note de politique et participé à un atelier délibératif dans le but de favoriser votre adoption de l'approche de RDM-C auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes en difficulté. Que pensez-vous de cette initiative ?
4. Pensez-vous que la note de politique et l'atelier délibératif ont réussi à vous transférer les actions nécessaires à entreprendre pour optimiser l'adoption de la RDM-C auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes en difficulté ? Pourquoi ?
5. Croyez-vous que d'autres stratégies de transfert des connaissances auraient dû être employées ? Pourquoi ?

#### *Note de politique*

Une note de politique vous a été diffusée avant l'atelier délibératif.

6. Avez-vous pris connaissance de la note de politique avant l'atelier délibératif ?
7. Avez-vous lu la note de politique au complet avant l'atelier délibératif ?
8. Que pensez-vous du choix et de la qualité de la note de politique en tant que stratégie de transfert des connaissances ?
9. Est-ce que la diffusion de la note de politique avant l'atelier délibératif a été avantageuse selon vous ? Pourquoi et comment ?
10. De quelle façon la note de politique pourrait-elle être améliorée ?

#### *Atelier délibératif*

11. Que pensez-vous du choix et de la qualité de l'atelier délibératif en tant que stratégie de transfert des connaissances ?
12. Comment décrivez-vous l'atelier délibératif auquel vous avez participé ?
13. Que pensez-vous de l'animation de l'atelier délibératif ?
14. Que pensez-vous de la composition des groupes lors de l'atelier délibératif ?
15. Comment décrivez-vous la dynamique de groupe lors de l'atelier délibératif ?
16. Que pensez-vous des informations transmises lors des quatre présentations de l'atelier délibératif ?
17. Que pensez-vous de l'exercice de groupe et des délibérations (i.e., deuxième partie de l'atelier délibératif) sur les actions permettant d'optimiser l'adoption de la RDM-C ?

### B. Questions sur les types d'utilisation des connaissances

18. Dans quelle mesure la note de politique et l'atelier délibératif mis en œuvre pour transférer les connaissances ont-ils modifié ou influencé vos conceptions et attitudes vis-à-vis de l'approche de RDM-C ?  
(Question de relance : est-ce que leur mise en œuvre vous a permis d'explorer ou de revoir certaines conceptions que vous aviez vis-à-vis de l'approche de RDM-C ?)
19. [Pour les gestionnaires] Est-ce que la diffusion de la note de politique et l'organisation de l'atelier délibératif, ont influencé les pratiques de votre organisation auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes ?  
[Pour les intervenants] Est-ce que la diffusion de la note de politique et l'organisation de l'atelier délibératif, ont influencé vos pratiques auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes ?
20. Compte tenu des informations qui vous ont été transmises, est-ce que cela a influencé votre adhésion à la RDM-C ?
21. Pensez-vous avoir des réserves face à l'adoption de la RDM-C auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes en difficulté ? Si oui, qu'est-ce qui pourrait faciliter votre adoption de l'approche de RDM-C auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes en difficulté ?
22. Selon vous, est-ce qu'il y aurait des facteurs qui entravent ou limitent votre adoption de l'approche de RDM-C pour l'intervention auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes en difficulté ? (p. ex., au niveau de l'organisation, de la clientèle, du statut légal du cannabis, des valeurs personnelles, etc.)

#### **C. Questions sur l'appréciation générale de la démarche de transfert des connaissances**

L'objectif principal de notre étude était de mettre en œuvre une démarche de transfert des connaissances qui vise à optimiser l'adoption de la RDM-C auprès des adolescent.e.s et des jeunes adultes en difficulté au Québec. Notre plan de transfert des connaissances a été co-construit avec les publics cibles pour répondre à leurs besoins et tenir compte de leur contexte.

23. À votre avis, qu'est-ce qui a bien fonctionné dans notre démarche de transfert des connaissances ?
24. À votre avis, qu'est-ce qui a moins bien fonctionné dans notre démarche de transfert des connaissances ?
25. À votre avis, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans notre démarche de transfert des connaissances ?  
(Question de relance : est-ce qu'il y aurait autre chose qu'on aurait dû faire ou faire autrement ?).