



La réduction des méfaits auprès des jeunes en difficulté

Jean-Sébastien Fallu, Ph.D professeur agrégé à l'École de psychoéducation, Université de Montréal

Tournée des partenaires du RISQ, Rouyn-Noranda

25 septembre 2025

Équipe de recherche

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

Mise en contexte

La consommation de cannabis en chiffres

Au Canada

- 41 % des jeunes de 16 à 19 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Gouvernement du Canada, 2024)

Au Québec

- 22,6 % des jeunes de 15 à 20 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (Gouvernement du Québec, 2024)

Et chez les jeunes en difficulté?

- 70 % consomment du cannabis plus d'une fois par semaine (Lambert et al., 2015)
- Près de la moitié présentent une consommation « problématique » (Laventure et al., 2008)

Approches en lien avec la consommation de cannabis chez les jeunes en difficulté

Abstinence

- Élimination de l'usage

Réduction des méfaits en lien avec la consommation de cannabis (RDM-C)

- Démarche visant, plutôt que l'élimination de l'usage de substances psychoactives, à ce que les utilisateur.trice.s puissent développer les moyens de réduire les conséquences liées à leur consommation pour eux-mêmes, leur entourage et la société sur le plan physique, psychologique et social (Brisson, 2014)
- Efficacité démontrée auprès des jeunes (Bertrand et al., 2020; Fallu et al., 2022)
- Avantages économiques (Brisson, 2014)

Objectifs du projet de recherche

- Recenser les stratégies de RDM-C pouvant être mise en œuvre par les jeunes en difficulté (volet a), ainsi que les facilitateurs et les obstacles liés à l'adoption de la RDM-C par les intervenant·e·s du réseau de la santé et services sociaux (volet b)
- Identifier les facilitateurs et les obstacles perçus par les intervenant·e·s et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec à l'adoption de l'approche de RDM-C dans leur pratique
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de transfert des connaissances visant à optimiser l'adoption de l'approche de RDM-C par les intervenant·e·s de la santé et des services sociaux et évaluer sa mise en œuvre et ses retombées à court et moyen terme

Objectif 1 (volet a)

Recenser les stratégies
efficaces de RDM-C pouvant
être mise en œuvre par les
jeunes en difficulté

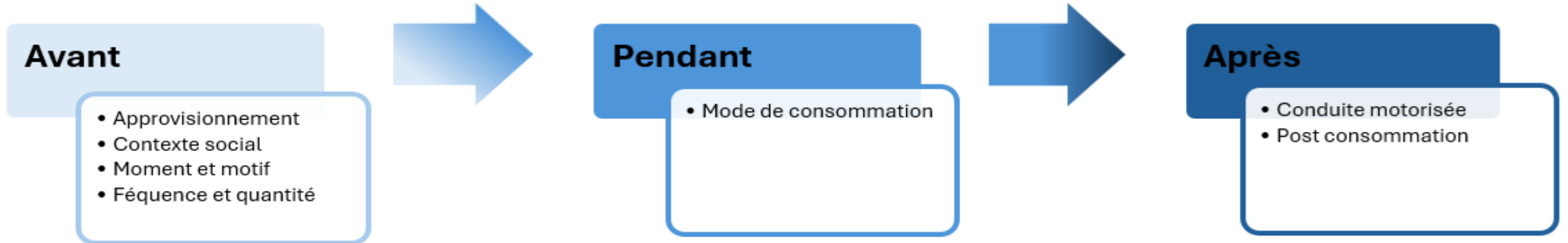
Méthodologie

Étude de portée

- Vise à dresser un inventaire structuré et analytique des écrits scientifiques (Levac et al., 2010)

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

Résultats



- **Approvisionnement:** composition (contenu en THC/CBD; pureté, etc.)
- **Contexte social:** entourage présent
- **Moment et motif:** choix du moment et du motif de consommation
- **Fréquence et quantité:** vigilance sur la fréquence/quantité de la consommation

- **Mode de consommation:** respect de la tolérance individuelle; surveillance de la quantité consommée; évitement de certaines méthodes de consommation plus nocives pour la santé

- **Conduite motorisée:** éviter de conduire lorsque les effets de l'intoxication sont présents; prévoir un retour sécuritaire
- **Post-consommation:** prévenir les effets négatifs (manger, s'hydrater, etc.)

Objectif 1 (volet b)

Recenser les facilitateurs et les obstacles liés à l'adoption de la RDM-C par les intervenant·e·s du domaine de la santé et des services sociaux

Méthodologie

Étude de portée

- Vise à dresser un inventaire structuré et analytique des écrits scientifiques (Levac et al., 2010)

Question de recherche

- 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 ?
 - Pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Les résultats s'appuient sur l'analyse de 35 études retenues

	Facilitateurs	Obstacles
Caractéristiques des professionnels	Jeune âge Milieu de vie urbain Nombre d'années d'expérience élevé	Niveau d'éducation faible Manque de formation en RDM Stigmatisation de l'usage de substances
Caractéristiques de la clientèle	Gravité du TUS ¹ : modéré RDM utilisée en tant qu'objectif intermédiaire du traitement Jeune âge ² Comorbidité avec un trouble psychiatrique ²	Gravité du TUS : sévère RDM utilisée en tant qu'objectif final du traitement Présence d'une condition médicale
Facteurs liés à la RDM-C	Perception de l'efficacité de la RDM-C Cadre légal et lois en vigueur ²	Conceptions erronées en lien avec la RDM-C (p. ex., « approche qui encourage l'usage de substances »)
Facteurs liés au milieu de travail	Soutien et appui de la direction	Culture organisationnelle à l'encontre de la RDM-C

¹ TUS : Trouble lié à l'usage de substances

² Ces facteurs sont à la fois considérés des facilitateurs et des obstacles à l'adoption de la RDM-C.

Objectif 2

Identifier les facilitateurs et les obstacles perçus par les intervenant·e·s et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec à l'adoption de l'approche de RDM-C dans leur pratique

→ *Résultats préliminaires*

Méthodologie

Entrevues individuelles d'environ une heure

- Intervenant·e·s et gestionnaires travaillant directement auprès des jeunes en difficulté

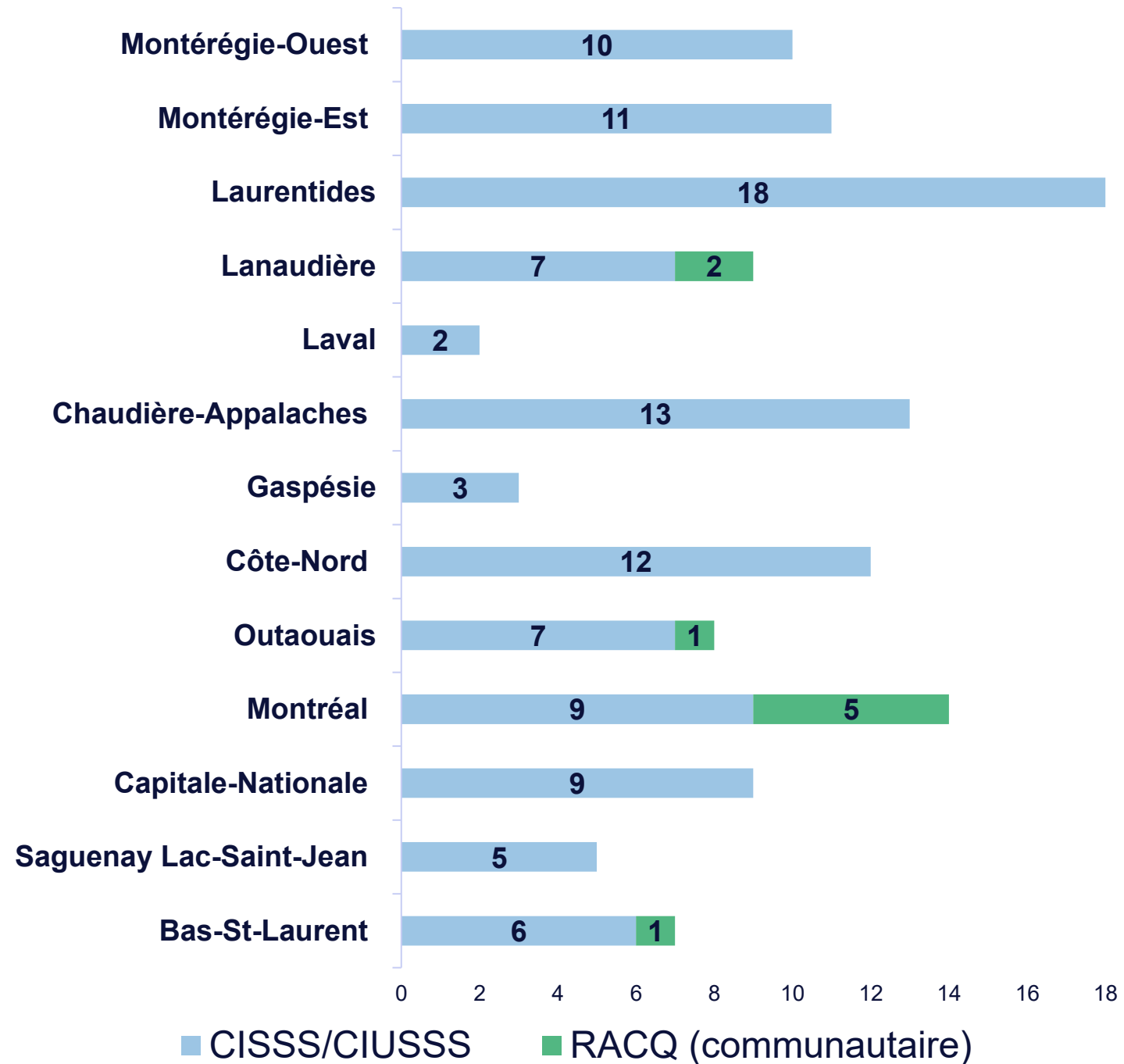
Thématiques abordées

- Conception de la consommation « problématique » du cannabis chez les jeunes en difficulté
- Expérience personnelle avec la consommation de substance
- Définition de l'approche de la RDM-C
- Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'approche de la RDM-C

Échantillonnage par choix raisonné

Codage des données selon une approche mixte

Distribution des répondant.e.s (n=121) par région administrative



Distribution des répondant.e.s (n=121) par catégorie d'emploi

DPJ	n=53
Centre de réadaptation jeunes en difficulté (CRJDA)	23
Application des mesures	12
Foyer de groupe	8
Délégué.e jeunesse, LSJPA	4
Programme fugues et exploitations sexuelle	3
Évaluation et orientation	3
Centre de réadaptation en dépendance	n=26
Santé mentale et dépendance	n=15
Services en dépendance, direction jeunesse	8
Programme pour premiers épisodes psychotiques	4
Santé mentale adulte/psychiatrie	3
CLSC	n=14
Programme C.A.F.E (Crise-Ado-Famille-Enfance)	6
Programme Familles jeunes en difficulté	5
Services en santé mentale jeunesse	3
Communautaire	n=9
Milieu scolaire	n=4

Autres données sociodémographiques (n=121)

Âge (années)	
20 - 24	n= 9
25 - 29	n= 24
30 - 34	n= 28
35 - 39	n= 23
40 - 44	n= 16
45 - 49	n= 13
50 - 54	n= 5
55 et +	n= 3

Niveau de scolarité	
Secondaire	n= 2
Cégep	n= 25
Universitaire 1e cycle	n= 71
Universitaire 2e cycle	n= 22
Universitaire 3e cycle	n= 1

Genre	
Homme	n= 22
Femme	n= 96
Non-binaire	n= 3

Poste	
Intervenant	n= 106
Gestionnaire	n= 15

Ancienneté (années)	
Moins de 2	n= 19
Entre 2 et 4	n= 54
Entre 5 et 10	n= 23
Entre 11 et 15	n= 14
16 et +	n= 11

Résultats

1. Conception de la consommation « problématique » du cannabis chez les jeunes en difficulté (n=121)

Catégorie	Définition
Impacts négatifs n= 84 (69%)	Apparition de symptômes de santé mentale - Psychoses, anxiété, dépression Impacts négatifs sur les sphères de vie - Emploi, scolarité, financière, sociale (conflits, isolement)
Nécessaire au fonctionnement n= 62 (51%)	- Signes de craving (tremblement, agressivité) - Consommation hors d'un contexte récréatif - Place centrale de la consommation dans l'organisation de vie
Signes / comportements n= 34 (28%)	Signes physiques ou cognitifs - Odeur, yeux rouges, lenteur au niveau cognitif, syndrome amotivationnel Changements de comportements - Routine de vie, fréquentation (amis et entourage), fugues, impulsivité
Fréquence et quantité n= 28 (23%)	- Augmentation de la fréquence - Augmentation de la tolérance
Perception du jeune n= 22 (18%)	- Demande d'aide, reconnaissance de la dépendance, sentiment de perte de contrôle
Critères diagnostics n= 22 (18%)	- DEP-ADO - critères du DSM-V

Résultats

1. Conception de la consommation « problématique » du cannabis chez les jeunes en difficulté (n=121)

Catégorie	Exemples de verbatim
Impacts négatifs n= 84 (69%)	Moi, c'est sûr que j'ai une perception différente parce que je travaille en santé mentale, au niveau de la psychose. C'est sûr que quand mes jeunes commencent à reconsommer du cannabis, il y a des symptômes au niveau de la maladie qui apparaissent. (P96) (...) quand ça commence à affecter toutes les différentes sphères de leur vie, autant sur le plan personnel, autant sur le plan relationnel, autant sur le plan scolaire et professionnel. (P6)
Nécessaire au fonctionnement n= 62 (51%)	Qui va avoir besoin du cannabis pour X raisons. Que ce soit pour aider au sommeil, aider avec l'anxiété, des choses comme ça. Je pense que, pour moi, c'est vraiment quand tu consommes cette substance-là pour répondre à un certain besoin ou t'aider avec quelque chose que cela devient une dépendance. (P35)
Signes / comportements n= 34 (28%)	Bien, il peut y avoir les signes physiques, évidemment, soit l'odeur, au niveau des yeux rouges, au niveau de la lenteur au niveau cognitif. (P46) Il peut y avoir des comportements qui changent au niveau de leur routine de vie. Ils dorment plus longtemps, ils se couchent tard. Le signe de changement de fréquentation, ils changent d'amis, changent d'habitude, ils vont commencer à fréquenter des nouveaux endroits finalement pour aller chercher le cannabis. (P75)
Fréquence et quantité n= 28 (23%)	Quand ça devient très fréquent, plusieurs fois par semaine, des fois jusqu'à tous les jours aussi, puis les quantités qui s'en vont en augmentant, c'est un petit peu tout ça qui nous démontre que ça s'en vient problématique. (P23)
Perception du jeune n= 22 (18%)	Il y a aussi l'aspect de la personne. Est-ce qu'elle considère qu'elle a une dépendance ? Est-ce que pour elle, c'est problématique ou pas ? Donc, ça, je pense que ça fait aussi partie des critères à considérer, comment la personne définit sa propre dépendance ou non. (P57)
Critères diagnostics n= 22 (18%)	Il y a des critères. Moi, c'est sûr que je travaille avec les critères du DSM par rapport à la dépendance. C'est une consommation addictive. Qui a une incapacité de se contrôler face à une substance. (P2)

Résultats (suite)

2. Expériences personnelles avec la consommation de substances psychoactives

Catégorie	Définition
Un impact positif sur l'ouverture à la RDM-C n= 51 (42%)	Avoir des expériences en lien avec la consommation apporte : - une plus grande tolérance face à la consommation - une plus grande tolérance face à la « gestion de risque » de la consommation - une plus grande empathie/bienveillance pour le jeune qui consomme
Un impact positif sur la connaissance de la problématique n= 32 (27%)	- Avoir des expériences de consommation permet de mieux comprendre ce que peut vivre le jeune qui consomme et/ou son entourage - ne pas avoir d'expérience de consommation permet d'être plus objectif/neutre dans la lecture de la situation du jeune qui consomme
Un impact négatif sur l'ouverture à la RDM-C n= 15 (12%)	Avoir une expérience négative de consommation/ne jamais avoir consommé de substances psychoactives apporte une moins grande tolérance face à la consommation et à la « gestion de risque »
Aucun impact n= 23 (19%)	Avoir ou non une expérience de consommation a très peu d'impact quant à la façon d'aider un jeune qui consomme du cannabis * Importance d'être à l'écoute des besoins du jeune d'abord et avant tout par-delà l'expérience de consommation

Résultats (suite)

2. Expériences personnelles avec la consommation de substances psychoactives

Catégorie	Exemples de verbatim
Un impact positif sur l'ouverture à la RDM-C n= 51 (42%)	Bien, tu sais, moi, personnellement, oui, j'en ai déjà consommé. Et quand même beaucoup de personnes dans mon entourage ont une consommation de cannabis qui est un peu plus régulière, puis je vois qu'ils restent fonctionnels, puis ils sont quand même capables d'aller à l'école, d'occuper un emploi professionnel, puis qu'ils restent fonctionnels au niveau de leurs relations. Ça fait que c'est sûr que ça a définitivement eu un impact, parce que je sais que quelqu'un peut consommer régulièrement, puis tout de même rester fonctionnel socialement. Ça fait que ma perception de la consommation est peut-être moins grave, ça m'aide à normaliser la situation, comparativement à s'il n'y en avait jamais eu dans mon entourage ou si je n'en avais jamais pris. (P73)
Un impact positif sur la connaissance de la problématique n= 32 (27%)	Je pense que d'avoir été confrontée dans ma vie personnelle à ça, peut m'amener à mieux comprendre tous les sentiments d'impuissance, de frustrations, d'être plus connectée sur le plan émotionnel à ce que les membres d'entourage peuvent ressentir au contact de quelqu'un qui a cette problématique-là. (P112) Ça me permet de savoir ce qu'est d'être en état de consommation. (P13) Des fois, tu as connu quelqu'un, tu as une dépendance, ça peut être un frein parce que tu as tellement peur que la personne retourne dans ces patterns-là, mais moi, ça, je n'ai pas ça. Ça me permet d'être objective. (P43)
Un impact négatif sur l'ouverture à la RDM-C n= 15 (12%)	Parce que dans le fond, je suis une personne qui n'a jamais touché le cannabis dans ma vie. Donc, c'est sûr que pour moi, j'ai un peu de difficulté à comprendre la dépendance au cannabis. Mais en tant qu'intervenante, évidemment, j'essaie de ne pas avoir de jugement par rapport à ça. Mais c'est sûr que dans ma tête, je me dis Pourquoi toucher à ça ? Je ne comprends pas. (P76)
Aucun impact n= 23 (19%)	Je crois que ça va plus loin que d'avoir vécu ou non l'expérience soi-même, c'est une volonté d'être ouvert et compréhensif et de chercher à savoir ce qui se passe aujourd'hui dans la vie du jeune. (P68)

Résultats (suite)

3. Définition de l'approche de la RDM-C (n=121)

Catégorie	Définition
Réduction des risques liées à la consommation n= 67 (55%)	Intervention seulement par rapport aux conséquences de la consommation de cannabis sans viser une diminution de l'usage * Exemples : réduction du taux de THC, changement de mode de consommation, éviter la conduite automobile lorsque intoxication
Réduction des risques ET réduction de l'usage n= 24 (20%)	Intervention qui comprend à la fois une diminution des conséquences de la consommation de cannabis ET une diminution de l'usage (fréquence ou quantité) * Exemple : choix stratégique du moment de consommation pour diminuer les impacts au niveau des activités quotidiennes (scolarité, emploi)
Réduction de l'usage n= 20 (17%)	Intervention qui vise une diminution de l'usage (fréquence ou quantité), mais sans viser l'abstinence * Exemple : comprendre le besoin comblé par la consommation de cannabis (p.ex. gestion de l'anxiété) et essayer de satisfaire – en partie du moins – ce besoin autrement (ex. faire de l'activité physique)
Abstinence n= 10 (8%)	Abstinence – comme objectif à long terme – passe par une première étape de réduction des risques et/ou de l'usage

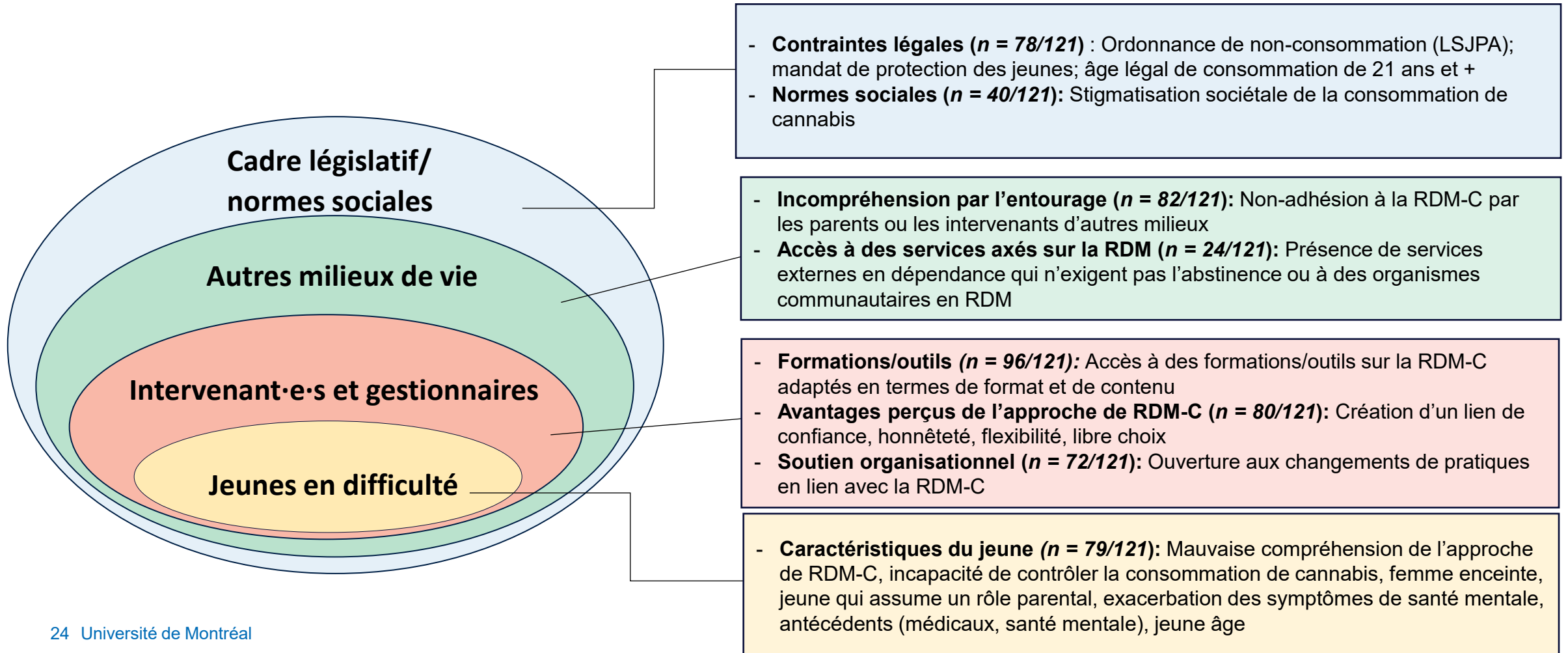
Résultats (suite)

3. Définition de l'approche de la RDM-C (n=121)

Catégorie	Exemples de verbatim
Réduction des risques liées à la consommation n= 67 (55%)	La réduction des méfaits, pour moi, c'est mettre l'accent sur d'autres choses que la consommation, mais mettre l'accent sur, justement, sur les conséquences, les méfaits liés à l'usage de cette consommation-là. Fait que ce n'est pas tant la substance qui est mise de l'avant, mais c'est justement, c'est les méfaits qu'on souhaite diminuer pour augmenter la qualité de vie puis le bien-être des jeunes qu'on va accompagner. (P80)
Réduction des risques ET réduction de l'usage n= 24 (20%)	L'approche réduction des méfaits, où l'objectif va être d'accompagner le jeune à essayer de faire en sorte que la consommation engendre le moins de problèmes possibles. Comment essayer de l'accompagner à avoir une consommation qui est, bien oui, moins fréquente, en moins grande quantité qui a des teneurs plus faibles en THC, que ça ne soit pas de la wax pen, de chercher à ce que ça soit dans des meilleurs moments, que ça ne soit pas, par exemple, à l'école, que ce ne soit pas dans des situations où il pourrait se mettre à risque. (P26)
Réduction de l'usage n= 20 (17%)	Donc c'est ça, mieux choisir les moments, diminuer les quantités. Un jeune qui consomme plusieurs fois par jour à tous les jours et qui est capable de sauter de temps en temps une journée ou de diminuer les fréquences dans la journée, je pense qu'on peut appeler ça de la réduction du méfait. (P79)
Abstinence n= 10 (8%)	Pour le cannabis, il peut y avoir aussi la médication, mais tu sais, pour l'anxiété, on va donner des médicaments pour l'anxiété. Souvent, ça, ça va être fait. On va essayer de donner l'alternative pour gérer ton anxiété au lieu que tu fumes ton joint pour relaxer. Parce que l'impact que tu fais sur ton joint pour relaxer, pour calmer ton anxiété au niveau de la santé mentale, les conséquences sont plus grandes. Ça, c'est une approche de réduction des méfaits que certains médecins peuvent avoir. (P94)

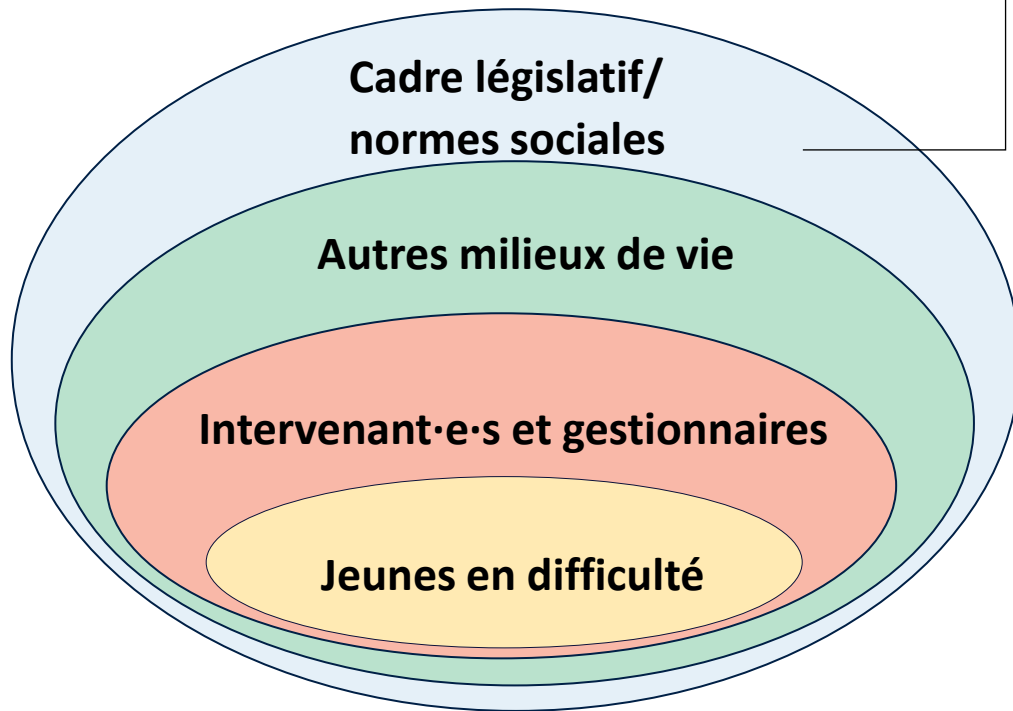
Résultats (suite)

4. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'approche de la RDM-C (n=121)



Résultats (suite)

4. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'approche de la RDM-C (n=121)



Contraintes légales (n = 78/121)

C'est sûr que c'est quand même illégal. Un jeune n'est pas supposé d'en consommer en bas de 18 ans, mais il y a des lieux où ils peuvent s'en procurer. Ça, c'est une limite, je pense, qu'on a. (P43)

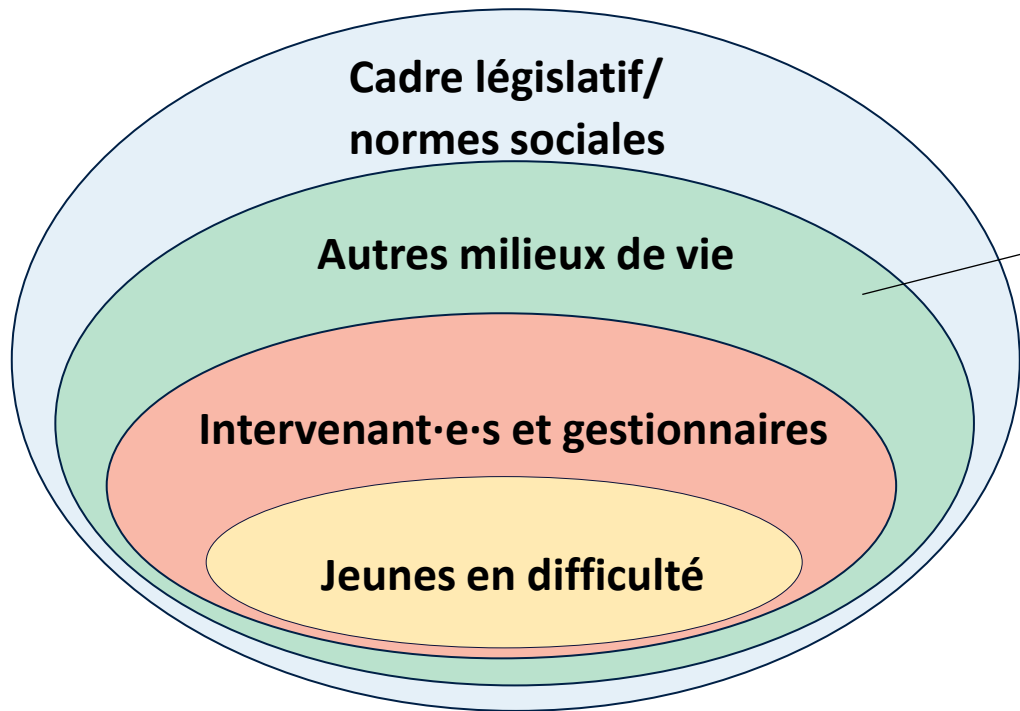
Nous, à LSJPA, ce qui est différent, ce qui est difficile, c'est qu'on travaille quand même avec une loi. Quand quelqu'un a un interdit de consommer, c'est sûr qu'on vise quand même la réduction des méfaits, mais c'est sûr que c'est un peu une approche que s'il se fait pigner, il va y avoir des répercussions légales. C'est un frein majeur à l'aisance avec laquelle tu vas pouvoir utiliser la réduction des méfaits. (P33)

Normes sociales (n = 40/121)

Bien, c'est sûr qu'au niveau de la vision sociale, c'est quand même moins bien vu. Au niveau de la vision sociale, un jeune qui va consommer du cannabis, c'est encore très, très tabou. Souvent dans la misère à avoir la collaboration des partenaires externes, comme les parents, l'entourage à l'extérieur du centre jeunesse. Fait qu'il y a comme une résistance au niveau de l'acceptabilité sociale. (P1)

Résultats (suite)

4. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'approche de la RDM-C (n=121)



Incompréhension par l'entourage ($n = 82/121$)

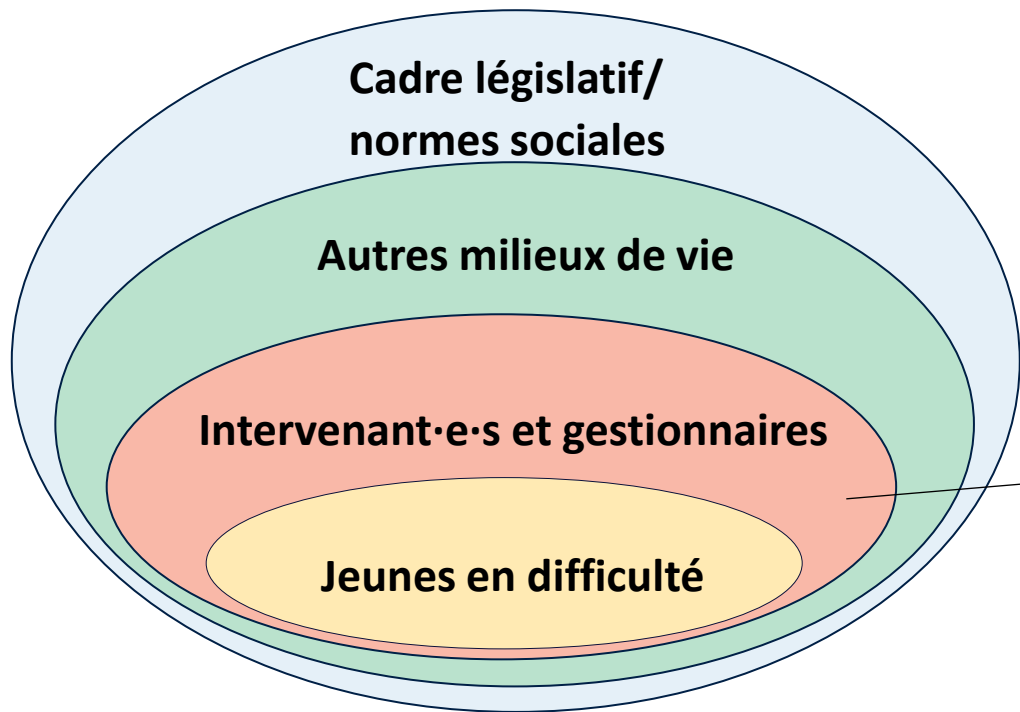
Je pense que dans certains dossiers, je vais souvent mentionner que le but, c'est de résoudre les conséquences négatives, mais je pense que la famille, des fois, réagit très fortement à l'approche de réduction des méfaits comme intervention. Ce n'était pas nécessairement le même schème de valeur, les parents ne comprenaient pas pourquoi on pouvait tolérer ça, les comportements illégaux chez les jeunes. C'était, « Pourquoi vous ne forcez pas une thérapie interne ? Pourquoi vous ne forcez pas ? Vous n'imposez pas ? » (P77)

Accès à des services axés sur la RDM ($n = 24/121$)

Le partenariat avec les organismes qui sont déjà spécialisés dans la réduction des méfaits est excessivement important. Donc, au moins d'avoir une personne responsable dans l'équipe qui puisse y aller régulièrement, poser des questions, se renseigner. Avoir ce contact-là, avoir ce matériel-là si nécessaire, ça pourrait aider. (P49)

Résultats (suite)

4. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'approche de la RDM-C (n=121)



Accès à des formations/outils sur la RDM-C (n = 96/121)

Je pense que d'avoir, même si c'est uniquement pour rappeler les choses qu'on fait déjà, une formation claire sur qu'est-ce c'est la réduction des méfaits, ça implique quoi, c'est quoi l'ensemble du spectre que ça touche et jusqu'où on peut aller dans nos interventions. (P19)

Avantages perçus de l'approche de RDM-C (n = 80/121)

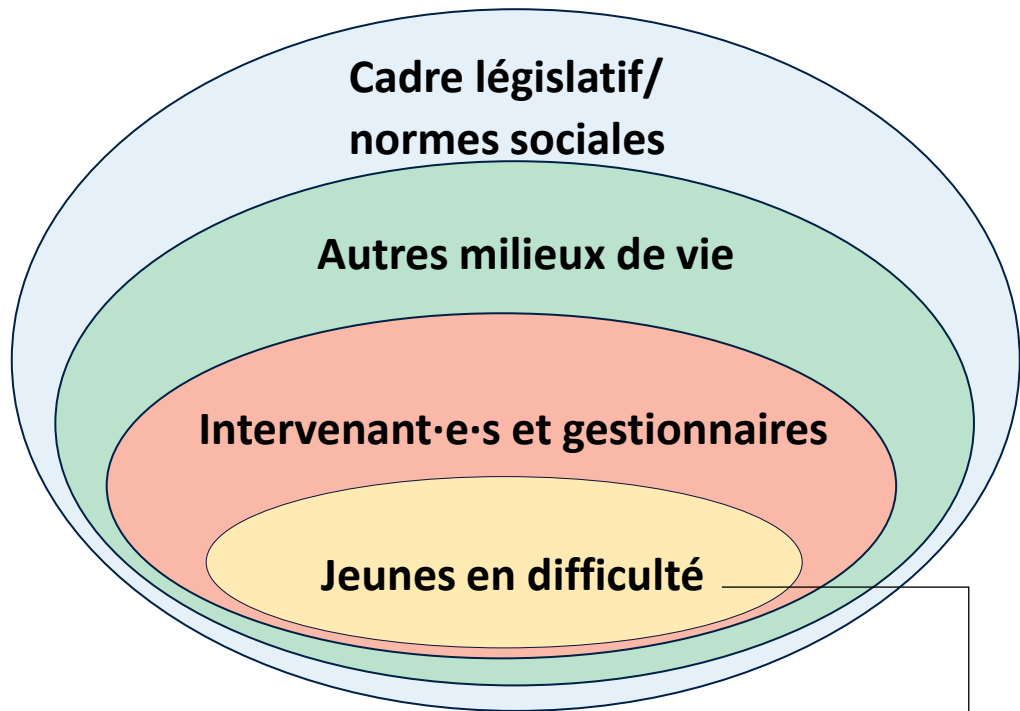
Au niveau de l'adhésion au suivi, de développer la relation, ton lien thérapeutique, tout ça. On le sait que c'est très important, surtout en dépendance, la qualité de ton lien. L'impression qu'ils sont compris, qu'on comprend, qu'on ne les juge pas. À ce niveau-là, je pense que ça fait que c'est un gros plus de l'utilisation de la réduction des méfaits. (P120)

Soutien organisationnel (n = 72/121)

L'approche de réduction des méfaits n'est pas descendue dans le sens, on va beaucoup travailler avec d'autres approches du type motivationnel, au niveau de l'attachement, du trauma. C'est sûr que la réduction des méfaits ce n'est pas dans nos documents, ce n'est pas dans le soutien clinique quand on présente les approches aux nouveaux employés. (P55)

Résultats (suite)

4. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'approche de la RDM-C (n=121)



Caractéristiques du jeune (*n* = 79/121)

Il y a des jeunes que ce n'est pas leur tasse de thé, ou du moins, ils ne sont peut-être pas rendus là dans leur raisonnement, ou sont capables d'avoir toute la cognition nécessaire pour traiter l'information. À ce moment-là, l'approche de réduction des méfaits, il y a des limites. (P41)

J'ai l'impression que les gens qui sont très dépendants, ça ne marche pas tant que ça la réduction des méfaits. J'ai l'impression que des fois, c'est juste plus facile d'arrêter de consommer. (P79)

C'est sûr que la réduction des méfaits, si tu es à la 23e semaine de grossesse ou que tu as la charge à temps plein d'un bébé de six mois comme parent monoparental, d'après moi, ça passe moins bien (P106)

J'ai un jeune qui consomme et ça crée vraiment beaucoup de problèmes de comportement. Il a développé de l'agressivité, de la colère. Il va agresser des intervenants dans les centres d'adaptation. Lui, c'est sûr qu'on est plus tolérance zéro avec lui et moins dans la réduction des méfaits parce que ça ne lui fait pas du tout. (P6)

Objectif 3

Élaborer et mettre en œuvre
un plan de transfert des
connaissances visant à
optimiser l'adoption de
l'approche de RDM-C

Méthodologie

Élaboration d'un plan de transfert des connaissances

- Intervenant·e·s et gestionnaires au sein du RACQ et au CIUSSS-CCSMTL
- Consultations (n = 14) et administration d'un questionnaire (n = 167)

Thématiques abordées

- Attitudes générales envers l'approche de RDM-C et les traitements fondés sur l'abstinence
- Besoin de formation à l'approche de RDM-C
- Définition, forces et limites de l'approche de la RDM-C
- Adéquation de l'approche de RDM-C en lien avec les caractéristiques structurelles de l'organisation
- Adéquation de l'approche de RDM-C en lien avec les caractéristiques de la clientèle desservie
- Retombées attendues suite à la mettre en œuvre l'approche de RDM-C au sein de l'organisation

Résultats

Plan de transfert des connaissances élaboré et mis en œuvre

Objectif	Promouvoir une attitude positive à l'égard de l'approche de RDM-C et assurer sa mise en œuvre optimale auprès des jeunes en difficulté.
Contenus à transférer	Quatre sujets ont été 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.
Publics cibles	19 Intervenant·e·s et gestionnaires travaillant auprès de la clientèle jeunes en difficulté au sein du RACQ et au CIUSSS-CCSMTL
Stratégies de transfert des connaissances	(1) Ateliers délibératifs structurés en deux phases : Phase I. Formation aux notions de base de la RDM-C; Phase II. Formulation de recommandations (sous forme d'une note de politique). (2) Discussion des recommandations élaborées lors de la Phase II du processus de délibération.
Évaluation de la mise en œuvre des stratégies de transfert des connaissances	(1) Questionnaires quantitatifs: évaluation de la perception de l'utilité des recommandations élaborées au sein de la note de politique, l'appréciation des ateliers délibératifs, l'intention d'utiliser les connaissances transférées, la conceptualisation de l'approche de RDM-C. (2) Entretiens semi-structurés avec les participants: évaluation de l'appréciation de la mise en œuvre des deux stratégies de transfert des connaissances et de leurs effets sur la pratique.

Recommandations pour favoriser l'adoption de l'approche de RDM-C (gestionnaires)

- 1 Offrir ou orienter les intervenant.e.s vers des formations sur la RDM-C pour favoriser leurs connaissances sur ses principes, efficacité, applicabilité auprès des jeunes qui consomment ou pas du cannabis, et sur les stratégies de RDM-C applicables par les jeunes (p. ex., formation "Repérage, détection et intervention précoce jeunesse consommation DEP-ADO" offerte par le CISSS des Laurentides)
- 2 Clarifier le cadre thérapeutique de l'adoption de la RDM-C auprès des jeunes (14-24 ans) en cas de concomitance avec des enjeux de santé mentale et/ou physique
- 3 S'assurer que les pratiques organisationnelles sont alignées avec l'orientation de RDM-C de l'organisation auprès des jeunes (14-24 ans), pour ne pas leur transmettre des messages contradictoires
- 4 Identifier une personne-ressource pour répondre aux questions des intervenant.e.s, offrir du soutien clinique et animer des échanges sur les cas complexes
- 5 Favoriser des moments de discussion et d'échanges entre les membres des équipes de travail afin de permettre de réfléchir aux conceptions et croyances vis-à-vis de la RDM-C et de s'assurer d'une compréhension commune et valide de l'approche
- 6 Promouvoir la compréhension des parents des jeunes des principes de la RDM-C (p. ex., les orienter vers le « Service à l'Entourage-Jeunesse » du CISSS ou leur distribuer des outils)
- 7 Dans la mesure du possible et dépendamment de la réalité du terrain, promouvoir l'adhésion des écoles, partenaires et/ou collaborateurs de votre milieu à la RDM-C
- 8 Réitérer l'orientation de l'organisation sur l'adoption de la RDM-C, tout en prenant en compte le statut légal du cannabis auprès des jeunes de moins de 21 ans
- 9 Appliquer la RDM-C en fonction des besoins des jeunes, même lorsqu'il y a des enjeux liés à la consommation de cannabis (p. ex., dépendance)

Recommandations pour favoriser l'adoption de l'approche de RDM-C (intervenant-e-s)

- 1 Consulter une personne-ressource (interne ou externe) pour répondre à vos questions, vous offrir du soutien clinique et échanger sur les cas complexes
- 2 S'informer et contribuer à la clarification et la précision du cadre d'intervention individuel et collectif sur l'adoption de la RDM-C auprès des jeunes en cas de concomitance avec des enjeux de santé mentale et/ou physique ; si possible, avoir des professionnels de santé à l'appui (p. ex., psychiatres)
- 3 Adopter la RDM-C en fonction des besoins des jeunes et ce, même s'il y a des enjeux liés à la consommation de cannabis (p. ex., trouble de l'usage)
- 4 Se renseigner sur les formations disponibles sur la RDM et y participer pour favoriser vos connaissances sur les stratégies de RDM applicables par les jeunes, les principes de la RDM, son efficacité et son applicabilité auprès des jeunes qui consomment ou pas des substances (p. ex., consulter l'offre de formation de l'IUD)
- 5 Faire le point sur l'orientation de l'organisation concernant l'adoption de la RDM-C, en tenant compte du statut légal du cannabis auprès des jeunes de moins de 21 ans, et, si disponible, prendre connaissance du document d'information qui la présente
- 6 Dans la mesure du possible et dépendamment de la réalité du terrain, promouvoir la compréhension des principes de la RDM-C auprès des parents des jeunes et des écoles (p. ex., animer des rencontres d'informations, distribuer des outils, etc.)
- 7 Échanger et discuter avec les membres de vos équipes de travail afin de réfléchir à vos conceptions et croyances vis-à-vis la RDM-C
- 8 Discuter en équipe de l'alignement du cadre d'intervention individuel et collectif avec les principes de la RDM-C pour limiter la transmission de messages contradictoires aux jeunes

Discussion des résultats

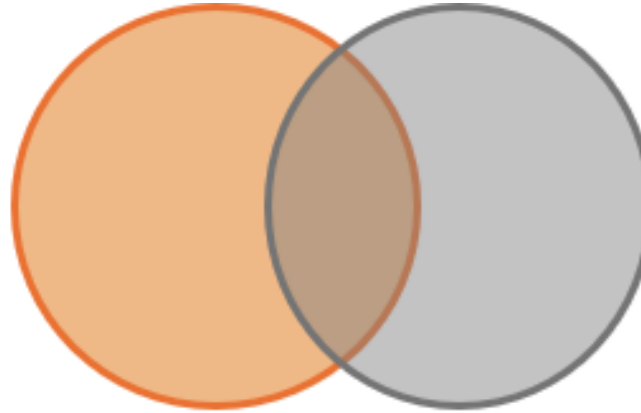
Principales implications du projet

1. Distinguer la « réduction de l'usage » et la « réduction des méfaits »

Réduction de l'usage

Objectif : Réduction de la consommation pouvant aller jusqu'à l'abstinence

- Réduction de la quantité
- Réduction de la fréquence
- Réduction de la durée des épisodes



Réduction des méfaits

Objectif : Réduction des conséquences négatives de la consommation en agissant :

- sur le contexte dans lequel elle s'opère
- sur les modes de consommation
- sur le type de substance consommée

Adapté de D'Arcy et Fallu, 2023

2. Accompagner les publics cibles pour soutenir le changement

Élaboration d'un plan de transfert des connaissances

- Approche structurée
- Analyse approfondie
- Stratégie collaborative

Forces, limites et pistes de projets futurs

Forces

- Reconnaissance de l'importance des stratégies de RDM-C auprès des jeunes en difficulté
- Identification d'enjeux légaux posant obstacles à l'adoption de la RDM-C

Limites

- Étude de portée non exhaustive (objectif 1 – volet a et b)
- Intervenant·e·s et gestionnaires travaillant seulement au sein du RACQ et au CIUSSS-CCSMTL (objectif 3)

Pistes de projets futurs

- Réaliser un accompagnement similaire avec d'autres organisations du RSSS ou du milieu communautaire
- Inclure les jeunes en difficulté

Références citées

- 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^e édition). Les Presses de l'Université de Montréal.
- D'Arcy L. et Fallu J.-S. (2023). Réduction 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., 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.
- 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.
- 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.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Impl Science*, 5(1).

Publications associées au projet

- Haddad, R., Fallu, J.-S., Huynh, C., D'Arcy, L., Song, Y., et Dagenais, C. (accepté). 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 & Systems*.
- Haddad, R., Fallu, J.-S., Huynh, C., Gervais, M. J., et Dagenais, C. (2025). 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., Dagenais, C., Fallu, J.-S., Huynh, C., D'Arcy, L., et Hot, A. (2024). 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. (2024). 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. (2025). Le transfert et la mobilisation des connaissances pour optimiser l'adoption de l'approche de réduction des méfaits liés à l'usage du cannabis par les intervenants œuvrant auprès des adolescents et des jeunes adultes en difficulté au Québec. Université de Montréal.
- 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.