

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR
MARIE-PIERRE PHILIPPE-LABBÉ

LA RÉOLUTION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL
ET DE DROGUES SELON LES FEMMES PEKUAKAMIULNUATSH
AYANT VÉCU CE PROBLÈME

JUILLET 2006

© Marie-Pierre Philippe-Labbé, 2006



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Sommaire

L'histoire d'oppression vécue par les peuples autochtones du Canada a laissé un douloureux héritage de détresse et de traumatismes intergénérationnels qui affecte la santé globale des Premières Nations. La population de Mashteuiatsh, communauté innu en bordure du Lac-Saint-Jean (Québec), fait aussi face à d'importantes problématiques d'ordre physique, psychologique, social et spirituel. Selon les membres de cette communauté, la consommation d'alcool constitue le problème le plus important, mais une enquête au niveau de la santé révèle que même si les femmes pekuakamiulnuatsh consomment moins que les hommes pekuakamiulnuatsh, celles-ci consomment de 3 à 11 fois plus de substances psychoactives que les femmes non autochtones de la même région. Toutefois, beaucoup de Pekuakamiulnuatsh amorcent un processus de résolution de cette problématique et le Conseil de bande enregistre autant de femmes que d'hommes qui vont en traitement pour toxicomanie. Par contre, il n'existe aucune étude s'intéressant particulièrement à ces histoires à succès. Cette étude qualitative de type exploratoire porte donc sur les éléments contribuant au processus de résolution d'une consommation problématique d'alcool et de drogues chez 13 femmes inuatsh de la communauté de Mashteuiatsh. Plus précisément, cette recherche vise à décrire : 1) les motifs, raisons ou événements ayant motivé d'une part, la résolution du problème de consommation et d'autre part, le maintien de leur sobriété; 2) les stratégies qu'elles ont utilisées pour changer leur style de consommation et pour maintenir ce changement; et 3) ce qui les a aidées en termes de ressources à devenir sobres et qui les aide toujours à

maintenir leur sobriété. L'analyse des données a permis l'émergence de sept grandes raisons incitant leur décision de changer, six les motivant à maintenir leur sobriété, cinq grands types de stratégies qui se modifient lors de l'étape du maintien et quatre catégories de ressources. La riche typologie présentée met, entre autres, en évidence le fait que les trajectoires de résolution de ces femmes diffèrent, entre elles, au niveau culturel. En effet, même si plusieurs de ces femmes identifient des motifs, stratégies et ressources similaires à celles retrouvées chez les femmes de la société majoritaire, certaines d'entre elles se distinguent, en plus, par un processus de réappropriation et de revitalisation culturelle qu'elles considèrent comme partie intégrante de leur résolution. Plusieurs pistes d'intervention émergent de cette recherche. Il s'agit, notamment de la pertinence d'offrir une diversité de ressources de traitement au niveau professionnel et communautaire, dont certaines valorisent la culture autochtone ancestrale, ainsi que de l'importance des traitements holistiques qui permettent de traiter les causes perçues de la toxicomanie telles que les traumatismes historiques et intergénérationnels, les abus sexuels vécus à l'enfance et la violence conjugale, qui sont souvent concomitants à la toxicomanie. Les résultats de cette étude peuvent constituer l'une des premières bases d'un modèle théorique de l'évolution du processus de résolution chez les femmes autochtones.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	13
Définition des concepts.....	15
Modèles d'acculturation	22
Modèles de résolution d'une consommation problématique de SPA.....	27
Modèle transthéorique du changement.....	28
Modèle des Douze étapes des Alcooliques anonymes	30
Conception de la consommation problématique de SPA	31
Conception de la résolution d'une consommation problématique de SPA	31
Étapes de la résolution de la consommation problématique de SPA.....	32
Études sur la rémission sans traitement.....	39
Conception de la consommation de SPA	39
Conception de la résolution de la consommation problématique de SPA.....	40
Étapes de la résolution de la consommation problématique de SPA.....	40
Approche motivationnelle	44
Conception de la consommation problématique de SPA	45
Conception de la résolution de la consommation problématique de SPA.....	45
Étapes de la résolution de la consommation problématique de SPA.....	46
Modèles autochtones et modèles pertinents pour les Autochtones	49
Conception de la consommation problématique de SPA	49
Conception de la résolution de la consommation problématique de SPA.....	50
Étapes de la résolution de la consommation de SPA.....	50
Méthode.....	63
Participantes.....	64
Instruments	65
Instrument de mesure de la consommation de SPA	65
Aspects déontologiques	68
Déroulement de la recherche	70
Analyse des données qualitatives	72

Résultats.....	76
Profil de consommation des participantes	77
Dépresseurs du SNC	78
Perturbateurs du SNC	81
Stimulants du SNC	82
Profil des services	83
Résultats des analyses qualitatives	86
Motifs, raisons ou événements ayant motivé la résolution de la consommation problématique de SPA.....	87
Mal-être intérieur	88
Prise de conscience	93
Influence de personnes significatives	96
Aspirations.....	99
Ultimatums	100
Ne plus avoir l'effet escompté de la consommation.....	102
Réappropriation et la réaffirmation culturelles.....	103
Motifs, raisons ou événements motivant le maintien de la sobriété	104
Souvenirs d'expériences négatives.....	104
Prise de conscience des gains de la nouvelle vie de sobriété	105
Aspirations.....	106
Influence de personnes significatives	106
Croyances et perceptions quant à la rechute.....	107
Réappropriation et la réaffirmation culturelles.....	108
Stratégies aidant la résolution de la consommation problématique de SPA	109
Stratégies de gestion des <i>cravings</i>	110
Stratégies dirigées vers l'arrêt ou la diminution de la consommation.....	112
Stratégies dirigées à bâtir un mode de vie de sobriété.....	122
Stratégies visant la prévention de l'apparition d'un <i>craving</i> anticipé par un déclencheur	133
Stratégies visant la résolution d'un problème lié à la consommation	135
Stratégies aidant le maintien de la sobriété.....	140
Stratégies de gestion des <i>cravings</i>	141
Stratégies de consolidation des acquis.....	144
Stratégies de consolidation du mode de vie de sobriété	144
Stratégies de gestion des stressseurs.	151
Stratégies visant la résolution d'un problème lié à la consommation	152
Ressources aidant la résolution du problème de consommation et le maintien de la sobriété.....	155
Personnes significatives.....	156
Traitements et autres aides thérapeutiques et communautaires.....	164
Éléments contextuels	173
Ressources personnelles.....	176

Discussion.....	181
Rappel des objectifs, de la méthode et des résultats.....	182
Évolution des motifs tout au long du processus de la résolution du problème de consommation de SPA.....	184
Évolution des stratégies tout au long du processus de résolution du problème de consommation de SPA.....	187
Évolution des ressources tout au long du processus de résolution du problème de consommation de SPA.....	190
Contexte culturel de la communauté de Mashteuiatsh	193
Modèle Transthéorique du Changement.....	197
Résolution sans traitement.....	197
Influence du modèle des Douze étapes des Alcooliques anonymes.....	199
Forces et faiblesses de la recherche.....	202
Conséquences et retombées possibles de cette recherche.....	203
Conclusion.....	207
Références.....	213
Appendice A Approbation éthique	233
Appendice B Déclaration de consentement.....	235
Appendice C Lettre à la population	239
Appendice D Dépliant rappelant la recherche en cours.....	242
Appendice E Questionnaire sociodémographique.....	245
Appendice F Questionnaires de dépistage : MAST et DAST-20.....	251
Appendice G Guide d’entrevue	258
Appendice H Formulaire de référence	264
Appendice I Extrait d’une synthèse d’entrevue	266
Appendice J Extrait d’un tableau de saturation.....	268
Appendice K Tableau d’extraits de verbatim par catégorie.....	272
Appendice L Arborescence des codes motifs.....	278

Liste des tableaux

Tableau

1	Répartition du mode de recrutement.....	71
2	Types de SPA consommées par les participantes.....	78
3	Caractéristiques de la consommation de SPA des participantes (N=13).....	79
4	Traitements internes utilisés par les participantes	85
5	Autres aides thérapeutiques utilisées	86

Liste des figures

Figure

1	Exemple de modèle linéaire d'acculturation (Gordon, 1964).....	23
2	Modèle orthogonal d'acculturation (Sayegh & Lasry, 1993)	25
3	Stratégies utilisées lors des phases de résolution et de maintien	141
4	Ressources aidant les femmes tout au long du processus de changement.....	157

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier les 13 femmes pekuakamiulnuatsh qui ont participé à cette étude, sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pu avoir lieu. Merci d'avoir partagé votre histoire et d'être des exemples de courage. Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance à mes deux directrices de recherche, Lise Lachance et Marta Anadón. Merci pour votre ouverture d'esprit d'avoir accepté de diriger un tel sujet. Merci au Conseil des Montagnais d'avoir accepté le déroulement de cette étude dans la communauté et à tous ceux et celles qui, à l'intérieur de cette organisation, y ont contribué: Suzie Nepton, Agathe Duchesne, Chantal Kurtness, Larry Philippe, Shanin Tremblay, Agathe Moar, Sandra Degrandmaison, Anne Casavant, Caren Robertson, François Gill, Doris Launière, Georgette Harvey, Monique Verreault, chef et conseillers. Je remercie également la radio communautaire de la communauté, CHUK-FM 107,3, particulièrement, Roger Dominique et Manuel Kurtness pour leur aide quant à la diffusion de ce projet. Un grand merci au regroupement d'aidants naturels Ilnus-Aide pour l'aide lors du recrutement. Merci Doris Bossum et Denis Launière pour avoir partagé avec moi vos savoirs sur la médecine traditionnelle. Merci à Bertha Basilish pour les traductions en ilnu. Merci à Jacques Kurtness pour les discussions et le soutien théorique en ce qui a trait aux questions autochtones.

Merci à ma famille particulièrement, mes parents, mon conjoint Sébastien et mes deux garçons Christopher et Menuhtan. Merci pour votre patience, votre accompagnement et votre soutien durant toutes les années du déroulement de cette recherche...

Tshinishkumitnau!

Introduction

La Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones du Canada (1996a) a recensé des travaux historiques et paléobiologiques démontrant que ces peuples étaient en bonne santé physique et psychologique avant la colonisation. Les premiers contacts déstabilisants avec la société euro-canadienne ont débuté sous le régime français. À cette époque, les Autochtones aidaient les arrivants à s'habituer à leur nouvel environnement (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a). Très tôt, le troc de la fourrure contre l'eau-de-vie devint un mode d'échange entre ces peuples (Ferland, 2003; Vaugeois, 1995). Puis, au cours du 17^e siècle, les famines, les épidémies et les guerres ont provoqué la perte de millions d'Autochtones à travers le Canada et les États-Unis (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a).

C'est sous le régime britannique (1763-1867) que la plupart des nations autochtones du Canada ont été dépossédées de leurs territoires ancestraux aux fins de colonisation et vers 1855, qu'elles ont commencé à être confinées à l'intérieur de réserves. Les Premières Nations du Canada ont ensuite été touchées par diverses politiques assimilatrices du gouvernement fédéral. En effet, le 22 juin 1869, le Parlement du Canada a adopté une loi qui prévoyait l'assimilation graduelle des « sauvages » par leur émancipation¹ et une plus grande administration de leurs affaires (Holmes, 1987; Jamieson, 1978).

¹ Il est à noter que la seule façon pour un Autochtone de s'affranchir de cette loi consistait à s'émanciper c'est-à-dire à renoncer à son statut d'Indien (Commission royale d'enquête, 1996c).

Bien que certaines de ses politiques aient été modifiées, cette loi comportait, et comporte toujours, des éléments de violence culturelle, de sexisme, d'infantilisation et d'assimilation à la société dominante. Il n'y a ici qu'à penser aux effets dévastateurs des pensionnats (et écoles résidentielles), à ceux de l'interdiction de pratiquer les cérémonies traditionnelles, de parler sa langue autochtone ou même à l'interdiction d'accomplir des actes civils, aussi banals que de faire des études supérieures ou de faire un emprunt à la banque, sans devoir renoncer à son statut autochtone.

Il est également important de souligner que la femme indienne qui mariait un non-Indien perdait automatiquement son statut d'Indienne et, par conséquent, devait se séparer de sa famille et de sa communauté, puisque les réserves étaient destinées uniquement aux Indiens. Par ailleurs, lorsqu'un homme autochtone mariait une femme non autochtone, sa femme devenait Indienne au sens de la loi. Cette femme *blanche* intégrait la réserve et, comme dans la plupart des Premières Nations, ce sont les femmes qui sont responsables de la socialisation des enfants (Boucher, 2005; Germain, 2003), l'intention d'assimilation de cette politique peut, encore une fois, être constatée.

La Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones du Canada (1996a) reconnaît que ces politiques ont laissé de multiples séquelles au niveau de l'identité et de la dignité des Autochtones. Entre autres, beaucoup d'Autochtones croient que la discontinuité culturelle forcée est à l'origine des problèmes de surconsommation d'alcool et d'autres problèmes de santé (p. ex., Beauvais, 1998; Lacasse, 1982; Mail & Johnson, 1993). Allant dans le même sens, des études sur l'acculturation (Byron, 1996; Kurtness, 1983; Sayegh & Lasry, 1993) font état que le stress, provoqué par un tel

contexte, peut agir négativement sur la santé globale des individus. Ainsi, Mashteuiatsh, au même titre que d'autres Premières Nations du Canada, fait face à d'importantes problématiques, d'ordre physique, psychologique, social et spirituel (Couture, 1995; Williams & Ellison, 1996).

Pour leur part, Fradette et Zacharie (1995) affirment que l'abus d'alcool dans la réserve de Ushat-Malioenam, communauté ilnu¹ sur la Côte-Nord, se veut une réaction contre-acculturative, étant donné que ces Ilnuatsh ne consomment pas lorsqu'ils s'adonnent aux activités traditionnelles en forêt. Roy (2005) constate aussi un effet similaire de surconsommation pour contrer l'assimilation dans la communauté ilnu de Betsiamite, sur la Côte-Nord. Il explique qu'à une certaine époque, de 1874 à 1951, la Loi sur les Indiens interdisait à tout Autochtone de consommer de l'alcool. Pour exercer un contrôle à ce niveau, des agents de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) surveillaient les réserves. Cependant, les Ilnuatsh s'opposaient à cette interdiction de consommer et ils entreprenaient souvent un combat contre cet agresseur extérieur qu'est le gouvernement, personnifié par l'agent de la GRC, en consommant illégalement de l'alcool.

La GRC était aussi présente à Mashteuiatsh (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2005a) et bien qu'il n'y ait pas d'étude à ce sujet, plusieurs Pekuakamiulnuatsh ont également défié cette loi. Ces réactions semblent légitimes d'après la théorie de la réactance psychologique voulant que lorsque la liberté

¹ Le mot ilnu (au pluriel ilnuatsh), dont la traduction littérale désigne « être humain », est utilisé pour qualifier l'appartenance à la nation autochtone montagnaise.

personnelle et l'autonomie sont menacées, cela augmente la désirabilité du comportement interdit (Brehm & Brehm, 1981).

Allant dans le même sens que les causes de la toxicomanie, le processus de résolution d'une consommation problématique d'alcool et de drogues semble différent chez les Autochtones, particulièrement en ce qui a trait à l'aspect culturel. À cet égard, plusieurs chercheurs (Flores, 1986; LaFromboise, 1988; Lookout, 1975; Sue & Sue, 1990) observent que les traitements promulgués dans la population majoritaire ont peu de succès chez les Autochtones alors que d'autres (Beauchamp, 1997; Brave-Hearth & DeBruyn, 1998; Coyhis & Simonelli, 2005; Edwards, 2003; French, 2004; La Fromboise, Trimble, & Mowatt, 1990; May, 1986, 1995; McCormick, 2000; Milbrodt, 2002; Spicer, 2001; Walle, 2004; Weibel-Orlando, 1989a) suggèrent que les traitements les plus efficaces sont ceux qui intègrent un retour aux valeurs culturelles et traditionnelles. Par contre, à Mashteuiatsh, il n'existe aucune étude qui s'intéresse spécifiquement à comprendre le processus de résolution d'une consommation problématique de substances chez les Pekuakamiulnuatsh. La prochaine partie décrit brièvement la communauté de Mashteuiatsh, les résultats d'une étude d'envergure sur la santé qui a eu lieu en 1993 ainsi que d'autres données justifiant l'importance d'étudier les histoires à succès chez les Pekuakamiulnuatsh, particulièrement chez les femmes.

Mashteuiatsh, qui signifie « Là où est la pointe », est une réserve ilnu de 15,24 km² dont l'emplacement est situé au bord du lac Saint-Jean, soit à environ 460 km au nord de Montréal (Québec). Le Lac-Saint-Jean est nommé, par les Ilnuatsh, Pekuakami, qui se traduit par « immense étendue d'eau ». C'est pourquoi les Ilnuatsh de cette communauté

se nomment Pekuakamiulnuatsh (au singulier Pekuakamiulnu) qui signifie d'une part, leur appartenance à la nation ilnu et, d'autre part, au lac Pekuakami.

Cette communauté comprend 2 024 membres vivant sur la réserve et 2 720 vivant à l'extérieur de celle-ci (Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada, 2005). Autrefois nommée Ouiatchouan, puis Pointe-Bleue, Mashteuiatsh constituait un lieu de rassemblement pour cette Première Nation, à l'origine nomade. Les différents clans ilnuatsh se séparaient l'hiver pour vivre en forêt, alors qu'ils se retrouvaient pendant les quelques mois d'été sur le territoire de Mashteuiatsh. À la suite des bouleversements induits par la colonisation et les politiques assimilatrices du gouvernement fédéral, cette communauté vise, aujourd'hui, l'autonomie gouvernementale et met de l'avant des efforts de préservation des savoirs ancestraux pekuakamiulnuatsh, tout en poursuivant son développement dans le monde moderne (Boucher, 2005).

Afin d'avoir un portrait global de la santé des Pekuakamiulnuatsh, qui résident à Mashteuiatsh même, une étude a été commandée par le Conseil de bande. Ainsi, une enquête de santé, réalisée par Couture (1995), a été menée en 1993 auprès d'un échantillon représentatif de cette population, regroupant 505 membres de la communauté (231 hommes et 274 femmes), âgés de 15 ans et plus. Le questionnaire de Santé Québec, composé de plusieurs questions et mesures, dont les qualités psychométriques ont été démontrées, a été administré en français dans cette enquête. Ce questionnaire s'intéresse aux facteurs de risque pour la santé (p. ex., l'utilisation d'alcool et de drogues), à la santé physique, psychologique et sociale, de même qu'à

l'utilisation des services et à la qualité de vie des répondants. Couture (1995) a comparé les résultats de cette enquête à ceux de l'Enquête de Santé Québec pour la région du Lac-Saint-Jean (Couture, 1993).

Dans la section qui suit, les proportions pour les hommes et les femmes pekuakamiulnuatsh seront présentées seulement lorsqu'il y a une différence significative entre ces deux groupes. De même, le pourcentage inscrit entre parenthèses à la suite de chaque problématique concerne les résultats observés pour les hommes et les femmes de la population générale du Lac-Saint-Jean à l'Enquête de Santé Québec de 1987 (Couture, 1993).

Tout d'abord, l'enquête révèle que l'abus d'alcool et de drogues est, selon la perception des membres de cette communauté, la problématique la plus importante. Malgré que les femmes pekuakamiulnuatsh consomment moins que les hommes pekuakamiulnuatsh, l'enquête de santé révèle qu'elles consomment de 3 à 11 fois plus que les femmes non autochtones de la même région (Couture, 1993; 1995). D'après les données de cette enquête, il apparaît donc que la consommation de substances psychoactives (SPA) est l'une des problématiques les plus fréquentes de la communauté. Notamment, la surconsommation d'alcool y est très répandue, puisque parmi les membres de cette population, 36,6 % des hommes et 25 % des femmes (hommes : 17,8 %; femmes : 4,7 %) sont des buveurs à risque. Cette enquête révèle également que 33,6 % des hommes et 22,4 % des femmes (hommes : 13 %; femmes : 4,3 %) présentent des signes de dépendance à l'alcool et que 10,4 % des membres de la

communauté (hommes : 11,5 %; femmes : 2,5 %) consomment plus de 14 verres par semaine.

En ce qui a trait à la consommation des autres drogues, des mesures de prévalence à vie sont utilisées. Celles-ci se définissent par cinq utilisations ou plus de la drogue en question au cours de la vie. Lorsqu'il y a prévalence à vie, le sujet est alors considéré comme un consommateur ou un utilisateur de cette substance. Par ailleurs, d'après ces prévalences, 35,9 % des membres de la communauté (hommes : 21,2 %; femmes : 11,1 %) consomment du cannabis et ses dérivés, 21,2 % (2,3 %) de la cocaïne, 8 % (n.d.) inhalent des vapeurs de colle, d'essence ou de tout autre solvant, alors que 21 % (1,9 %) sont des *multi-usagers* (plusieurs drogues).

Les autres problèmes, qui sont généralement associés à la consommation abusive de substances, atteignent également des seuils élevés. Ainsi, 18,4 % de la population de Mashteuiatsh (8,4 %) se perçoivent en mauvaise santé physique. Des maladies tels l'arthrite 22,4 % (9,8 %), la bronchite chronique 16,7 % (2,3 %), le diabète 8,4 % (1,3 %), une grande nervosité ou irritabilité 14,1 % (0,6 %) et la dépression chronique 1,8 % (0,6 %) sont de 2 à 30 fois plus élevées que dans la population majoritaire.

Cette enquête révèle aussi que 18 % des hommes et 12,3 % des femmes (hommes : 7 %; femmes : 13,4 %) manifestent un niveau élevé de détresse psychologique. Les taux de suicide et d'idéations suicidaires illustrent bien cette détresse. En effet, 19,8 % (9,4 %) de la communauté ont déjà pensé sérieusement au suicide alors que 10,9 % (1,4 %) ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. De même, au cours des 12 mois précédant l'enquête, 8,3 % (3,8 %) ont pensé à se suicider et 3,8 % (0,1 %) ont

fait une tentative de suicide. Cette dernière donnée s'avère 38 fois supérieure à celle de la population majoritaire du reste de la région. Un rapport sur l'analyse des résultats de cette enquête révèle que le tiers de la communauté a fait l'expérience du suicide d'un proche et que tous les membres de cette communauté seraient touchés par cette problématique (Groupe d'analyse et de réflexion, G.A.R., 1995). Il est également mentionné, dans ce même rapport, que 13,3 % des tentatives de suicide ont pour cause principale l'alcool ou les drogues. Un entretien avec le directeur de la Sécurité publique de la communauté révèle que les neuf personnes qui se sont suicidées entre 2000 et 2005 avaient consommé de l'alcool, lors du passage à l'acte. Il en serait de même pour la majorité des tentatives de suicide. Bien que non répertoriées, ces informations semblent justes puisque les policiers effectuant des manœuvres cardio-respiratoires y détectent, fréquemment, l'odeur de l'alcool (Philippe, 2005).

Ce portrait faisant état de la consommation et des indicateurs de santé montre des prévalences très élevées et supérieures à celles de la société majoritaire. Des résultats similaires sont également constatés auprès d'autres Premières Nations du Québec, du Canada et des États-Unis (Adrian, Layne, & William, 1991; Chermak & Giancola, 1997; Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2003; Indian Health Services, 1991; Santé Canada, 2003; Yukon Government, 1991).

Outre les données citées précédemment qui tendent à confirmer l'importance des problèmes de santé dans cette communauté ilnu, diverses pistes convergent pour

souligner la sévérité des problèmes reliés à la consommation de substances chez les femmes de cette collectivité.

En général, le fait de quitter la famille pour aller en traitement peut s'avérer plus difficile pour les femmes parce qu'elles ont, souvent, la responsabilité des enfants. Ainsi, elles peuvent éprouver des difficultés quant à la disponibilité de gardiennage et elles ressentent souvent la peur que leurs enfants leur soient enlevés (Grella & Joshi, 1999). De plus, à Mashteuiatsh, les femmes sont plus démunies (Statistique Canada, 2001) et plus isolées que les hommes. Malgré tous ces constats, il apparaît que les femmes pekuakamiulnuatsh vont autant en traitement que les hommes. En effet, de 1988 à 2000, 94 hommes et 92 femmes ont complété un traitement pour des troubles liés à l'alcool ou pour *polytoxicomanie* (Duchesne, 2000). Ce ratio est sensiblement le même pour les années 2003 à 2005 où 46 hommes pour 44 femmes sont allés en traitement interne à l'extérieur de la communauté (Degrandmaison, 2005). Il est à noter que ce ratio 1 :1 s'avère plus élevé que celui constaté dans la population majoritaire. En effet, dans la population générale des États-Unis, les ratios hommes/femmes allant en traitement se situent, selon les études, de 3 :1 à 5 :1 (Dawson, 1996; Grella et al., 1999) tandis que plus près d'ici, à Montréal, le Centre Dollar-Cormier enregistre un ratio hommes/femmes de 3,3 :1 (Guyon & Landry, 1996). Ce ratio 1 :1 n'est retrouvé dans aucune étude connue de la société majoritaire (Wilsnack & Wilsnack, 1995) et pourrait donc indiquer que les femmes pekuakamiulnuatsh vont davantage en traitement que les hommes ou bien, que ces femmes ont un taux d'alcoolisme plus problématique ou encore, une combinaison de ces deux facteurs.

Chez les Pekuakamiulnuatsh comme chez les Autochtones en général, les femmes occupent un rôle très important puisqu'elles sont perçues comme les gardiennes des valeurs et de la moralité (Boucher, 2005; Kenny, 2004). Compte tenu de ce dernier fait, de l'importance de cette problématique au sein de la population des femmes pekuakamiulnuatsh, du fait qu'elle soit interreliée à d'autres problèmes de santé et, que la plupart du temps, la consommation d'alcool est présente lors des suicides et tentatives de suicide, il apparaît pertinent d'adopter ici la proposition de Scott (1996) c'est-à-dire d'examiner le cheminement des femmes qui, parmi celles qui ont développé une consommation problématique de substances, ont réussi à s'en sortir, en dépit des conditions adverses. Par conséquent, cette étude s'intéresse à comprendre ce qui, selon ces femmes pekuakamiulnuatsh, les a aidées à résoudre leur problème de consommation et à maintenir leur sobriété.

Étant donné ces constats, ainsi que la méfiance des Autochtones à l'égard de la recherche (Darou, Kurtness, & Hum, 2000; IRSC, CRSNG, & CRSH, 1998) et pour permettre l'émergence des spécificités culturelles de cette population, une méthodologie qualitative, de type exploratoire, a été choisie. Bref, la parole sera ici donnée aux femmes pekuakamiulnuatsh afin de comprendre ce qui, selon leurs représentations subjectives, les a aidées à résoudre leur consommation problématique d'alcool et de drogues. Pour faciliter la collecte d'informations, les entrevues couvriront trois grandes étapes du processus de résolution des problèmes de consommation de SPA, soit avant, pendant et après le changement du style consommation. Trois thèmes généraux ont également été identifiés, soit les motifs, les stratégies et les ressources qui ont aidé ces

femmes. Plus précisément, cette recherche vise à décrire : 1) les motifs, raisons ou événements ayant motivé d'une part, la résolution de leur problème de consommation et d'autre part, le maintien de leur sobriété; 2) les stratégies qu'elles ont utilisées pour changer leur style de consommation et pour maintenir ce changement; et 3) ce qui les a aidées en termes de ressources à devenir sobres et les aide encore à maintenir leur sobriété.

Le premier chapitre de ce mémoire comprend une synthèse de quelques modèles, traitements ou études qui sont soit utilisés auprès d'Autochtones ou soit jugés pertinents pour ces populations. Le deuxième chapitre discute des méthodes utilisées dans le cadre de la collecte et de l'analyse des données. Finalement, les troisième et quatrième chapitres présentent et discutent des résultats obtenus dans la présente étude.

Contexte théorique

La présente recension des écrits est divisée en trois sections. La première comprend les définitions des trois thèmes de la recherche ainsi que celles ayant trait à la culture, les traditions et l'ancestralité, le traditionnalisme, la revitalisation culturelle et l'identité. La deuxième présente l'évolution de deux grands types de modèles d'acculturation, les concepts qui leur sont reliés ainsi que leurs liens avec la santé. Le contenu de cette dernière section s'avère important pour mieux situer la pertinence des modèles de résolution d'une consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues chez les populations autochtones. Afin de comprendre les éléments qui contribuent positivement au processus de changement, quelques modèles de résolution de SPA sont présentés dans la troisième section. Comme plusieurs modèles sont proposés dans les écrits scientifiques (Nadeau & Biron, 1998) et que plusieurs chercheurs soulignent que le processus de changement peut différer chez les Autochtones (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000; Scott, 1996), cette recension se limite à quelques études et écrits portant sur des modèles et traitements de résolution d'une consommation problématique de SPA. Ces derniers modèles ont été choisis parce qu'ils sont présents dans certaines communautés autochtones du Canada ou parce qu'ils sont jugés pertinents en fonction des spécificités de ces populations.

Cette étude s'intéresse aux facteurs qui ont aidé, d'une part, la résolution des problèmes de consommation et, d'autre part, le maintien de la sobriété. Ces facteurs peuvent comprendre des motivations, des stratégies mises en place pour aider la

résolution ainsi que des ressources. La prochaine et première section aborde la définition de ces concepts.

Définition des concepts

La motivation consiste en : « *l'objet qui amène un individu à se mobiliser pour atteindre un but* » (Blouin, Attieh, Bergeron, Bessette, & Simms, 1995, p.44). Bien qu'utile, cette définition est peu opérationnalisée pour permettre de bien comprendre ce qu'est la motivation. Le concept de motivation a subi des changements. En effet, Smith, Sarason et Sarason (1982) définissent la motivation comme : « *le processus interne qui influence la direction, la persistance et la vigueur du comportement dirigé vers un but* ». Par contre, cette définition s'avère incomplète d'une part, parce qu'elle exclut les processus externes et, d'autre part, parce qu'elle ne tient compte que de ce qui est dirigé vers un but (Vallerand & Thill, 1997). Arkes et Garske (1977) considèrent, pour leur part, la motivation comme les influences, tant internes qu'externes, sur l'activation, la force et la direction du comportement. Cette dernière définition s'avère également insatisfaisante puisque les auteurs ne s'attardent pas à la persistance du comportement (Vallerand & Thill, 1997). En fonction des définitions partielles précédentes, Vallerand et Thill (1997) ont proposé la définition générale : « *Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* » (p. 18). En d'autres mots, ces auteurs avancent que la motivation fournit l'énergie pour produire un comportement donné, dans une direction particulière, avec une certaine intensité et niveau de persistance.

Les études sur la motivation qui mènent à la résolution de la consommation problématique de substances, ou à aller en traitement pour régler ce problème, n'incluent pas de définition opérationnelle de ce concept (Cunningham, Sobell, Gavin, Sobell, & Breslin, 1997; Cunningham, Sobell, Sobell, & Gaskin, 1994; Cunningham, Sobell, Sobell, & Kapur, 1995; Klingemann, 1991; Krampen, 1989). Cependant, leurs résultats reflètent une évolution et, en ce sens, elle est aujourd'hui conçue comme multidimensionnelle, pouvant être induite par des motifs, raisons ou événements de vie autant positifs que négatifs. Elle est aussi dynamique, fluctuante et peut être influencée ou modifiée par les interactions sociales et le style d'intervention du clinicien (Miller, 1999). Pour leur part, Miller et Rollnick (1991) offrent cette définition : « *Motivation can be defined as the probability that a person will enter, continue and adhere to a specific change strategy.* » (p. 19).

Les stratégies de changement et de maintien sont, quant à elles, composées, entre autres, de stratégies d'adaptation au stress (p. ex., Klingemann, 1992). En effet, pour résoudre des problèmes de toxicomanie, les individus aux prises avec cette problématique, doivent gérer certains stress, tels que des *cravings*. Lazarus et Folkman (1984) définissent les stratégies de *coping* comme un ensemble de moyens mis en place pour gérer les effets d'un stress. Ils identifient deux grands types de stratégies soit : 1) celles centrées sur l'émotion, où l'individu cherche à dévier son attention du stresser ou encore, à modifier sa signification; et 2) celles centrées sur le problème, où il déploie des habiletés cognitives pour maîtriser ou modifier le problème qui provoque le stress. Bien que ce modèle soit pertinent en ce qui a trait au stress, il ne décrit pas

spécifiquement ce qu'est une stratégie de changement. Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) ont, pour leur part, défini 10 procédés de changement. Par contre, ces procédés incluent à la fois des motifs, des stratégies et des ressources. Dans le cadre de cette étude, la définition suivante est donc proposée : les stratégies consistent en des actes comportementaux ou cognitifs que l'individu déploie, de façon directe ou indirecte, pour résoudre sa consommation problématique d'alcool ou de drogues.

Pour ce qui est du troisième thème, soit les ressources, Hobfoll et Lilly (1993), suggèrent que les gens qui ont du pouvoir sur leur vie sont ceux qui ont accès à des ressources. Quatre catégories de ressources sont identifiées par ces auteurs. Il s'agit 1) des ressources matérielles ou objets, telle que la nourriture; 2) des conditions sociodémographiques, telle que la santé, le statut social; 3) des caractéristiques personnelles, comme l'estime de soi ou les compétences sociales; et 4) les ressources énergétiques qui peuvent être utiles aux trois autres types, tel que l'argent. Cette définition générale est donc retenue, c'est-à-dire qu'une ressource est ce qui permet à l'individu d'atteindre ses objectifs et de répondre à ses besoins fondamentaux (Hobfoll, 1989). Les ressources peuvent aussi contribuer à motiver le changement ou son maintien.

Étant donné que la population étudiée est minoritaire, il importe aussi de préciser le sens de certains concepts susceptibles d'être au cœur de la présente étude. Il s'agit des concepts de culture, de tradition et d'ancestralité, de traditionnalisme, de revitalisation culturelle et d'identité. Le concept de culture prend divers sens et a subi plusieurs modifications à travers le temps (Demorgon, 2004). En 1956, Wallace définissait la

culture comme : « *des patrons de comportements appris que certaines parties de la société démontrent de façon caractéristique.* » [Traduction libre] (Wallace, 1956, p. 265). En 1982, l'Unesco proposait la définition suivante de la culture : « *ensemble de traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérise la société ou un groupe social. Elle englobe outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* ».

Les Pekuakamiulnuatsh ont aussi, pour leur part, adopté une définition similaire de la culture, au sein de leur politique d'affirmation culturelle qui se veut dynamique, inclusive et ouverte à des ajouts et modifications au gré de l'évolution de leur peuple (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2005c). Pour eux, la culture comprend : « *l'ensemble des croyances, des us et coutumes, des diverses formes d'expression de l'art, (des) manifestations intellectuelles (schèmes de pensées), des formes d'adaptation des êtres à l'environnement, des relations avec les autres et l'environnement, des modes d'organisation (d'un) peuple basé sur une structure de valeurs.* » (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2005c, p. 30). La culture pekuakamiulnu est plus précisément décrite comme « *l'ensemble formé par l'héritage légué par (leurs) ancêtres et constitue le patrimoine à transmettre : le nelueun¹, l'histoire, les savoirs et les connaissances traditionnels, la spiritualité, les habiletés et les compétences reliés à ilnu ahitun².* » (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2005c, p. 30). Bien que cette définition soit générale, la première partie sera ici retenue. À l'instar de Roy (2005),

¹ Le nelueun est la langue montagnaise parlée dans cette communauté (Conseil des Montagnais, 2003a).

² L'ilnu ahitun est la culture montagnaise (Conseil des Montagnais, 2003a).

cette définition ne limite pas la culture à un ensemble de caractéristique puisqu'elle prévoit que la culture peut évoluer et être dynamique.

Pour sa part, la définition du concept de tradition tourne habituellement autour de l'idée qu'il s'agit des manières de penser, de faire ou d'agir hérités du passé. Plusieurs auteurs se sont penchés sur ce qu'est une tradition et en identifient plusieurs types telles que des néo-traditions ou des traditions inventées (p. ex., Babadzan, 1999; Lawson, 1999; Lenclud, 1987). Pour Hobsbawn (1995, p. 175, cité dans Babadzan, 1999), les traditions ne sont pas de simples conventions, coutumes ou routines puisqu'elles présentent « *une fonction symbolique ou rituelle* ». Qu'il s'agisse de traditions inventées ou non, cet auteur insiste sur leur caractère rigide, spécifiquement lorsqu'elles font appel à des sociétés qui se disent traditionnelles et où l'invariabilité et la répétition sont de mise. À ce titre, la tradition pourrait être vue comme un obstacle au développement et aux changements, si ces derniers s'orientent dans une autre direction que celle adoptée dans le passé. Cet auteur évoque bien l'idée du danger de verser dans un traditionalisme extrême lorsque les sociétés tentent de revitaliser leurs traditions de façon très rigide. Le traditionalisme, quant à lui, se définit comme un « *attachement parfois dogmatique, aux idées, aux pratiques, aux coutumes et aux manières de penser, etc. transmises par la tradition* » (Legendre, 1993, p. 1367). En d'autres mots, le traditionalisme serait une utilisation extrême et rigide de la tradition, qu'elle soit réelle ou inventée.

Aux fins de ce mémoire, la tradition, qu'elle soit réelle, revitalisée ou inventée, est considérée comme une transmission, une tentative de transmission ou une

restauration de la transmission d'avec la ou les générations précédentes. Le terme tradition inventée ne sera pas utilisé dans le présent texte. À l'instar de Guyon et dans le respect des Premières Nations, trois raisons soutendent cette décision. D'abord, les traditions sont souvent « *perçues, par les Autochtones, comme un retour à d'anciennes pratiques* » (Guyon, 2005, p. 26). Deuxièmement, les traditions sont des constructions sociales et, par conséquent, l'idée d'invention est toujours présente puisque les traditions sont, un jour ou l'autre, inventées. Enfin, contrairement à Hobsbawn et Ranger (1983, cité dans Babadzan, 1999), la tradition inventée pourrait plutôt se décrire comme « *une réinterprétation de plus ou moins vaste envergure dont l'aboutissement se tient encore à l'intérieur d'un univers de traditions, accompagnée d'une série d'emprunts culturels, notamment venus de l'Ouest.* » (Guyon, 2005, p. 26). C'est dans ce même esprit que seront utilisés les termes de traditions/traditionnel, ancestralité/ancestral ainsi que ceux de réappropriation, de réaffirmation, de revalorisation et de revitalisation culturelle.

Déjà en 1956, Wallace définissait le concept de revitalisation culturelle comme :

Un effort délibéré, organisé et conscient, réalisé par des membres d'une société pour construire une culture plus satisfaisante. La revitalisation est, d'un point de vue culturel, [...] un phénomène de changement culturel : les personnes impliquées dans le processus de revitalisation doivent percevoir leur culture, ou une partie importante de celle-ci, comme un système [...]; elles doivent ressentir que ce système est insatisfaisant; et elles doivent non seulement innover sur des systèmes discrétionnaires, mais aussi sur un nouveau système culturel, en spécifiant les nouvelles relations, ainsi que, dans certains cas, les nouveaux traits [Traduction libre] (Wallace, 1956, p. 265).

Contrairement à l'acculturation ou aux autres changements culturels tels que l'évolution, les processus de revitalisation culturelle ne sont pas subis mais délibérément

conscients (Wallace, 1956). Ce même auteur a recensé des centaines de mouvements de revitalisation religieux à travers le monde tant dans la société occidentale que non occidentale. Concernant plus spécifiquement les sociétés autochtones, Kurtness (1987) soulignait qu'un contexte de relation asymétrique entre deux sociétés, plus particulièrement un contexte d'ethnocide et de culturocide, a pour conséquence d'engendrer une peur extrême de l'assimilation chez les individus. C'est cette dite peur qui entraînerait les Autochtones à la fois à rejeter la culture de la société majoritaire et à réaffirmer leur identité autochtone (Kurtness, 1987). C'est plus précisément dans ce cadre que semblent se produire les phénomènes actuels de revitalisation culturelle chez les Pekuakamiulnuatsh et les autres Premières Nations.

Enfin, l'identité ethnique réfère davantage à la subjectivité c'est-à-dire à des sentiments qui ont trait à l'appartenance à un groupe culturel, sans nécessairement que ceux-ci soient directement reliés à des manifestations comportementales. En effet, l'identité concerne davantage le sentiment d'appartenir à un groupe culturel donné. Ainsi, l'identité ethnique se décrit comme :

un construit dynamique, multidimensionnel qui réfère à l'identité de soi ou au sens de soi comme un membre d'un groupe ethnique. Les groupes ethniques sont des sous-groupes au sein d'un contexte plus large qui se réclament une ancestralité commune et partagent un ou plusieurs des éléments culturels suivants : la culture, le phénotype, la religion, la langue, la parenté, ou le lieu d'origine. L'identité ethnique n'est pas une catégorisation figée dans le temps, mais plutôt une compréhension dynamique, fluide de soi et de l'origine ethnique. L'identité ethnique est construite et modifiée au fur et à mesure que les individus deviennent conscients des différences entre les groupes ethniques et essaient de comprendre la signification de leur ethnicité au sein de ce cadre plus large [Traduction libre] (Phinney, 2003, p. 63).

La définition qu'offre cet auteur comprend l'avantage de considérer l'identité comme une entité pouvant être, dans une certaine mesure, distincte du processus d'acculturation. En effet, elle se centre sur les sentiments subjectifs que ressent l'individu à l'égard de son identification à une ou à plusieurs ethnies; d'appartenance à ce ou à ces groupe(s) culturel(s) distinct(s); et au développement de cette ou de ces identité(s). L'identité n'est donc pas statique et sous-tend un processus évolutif par lequel l'individu se questionne quant à son groupe afin d'y résoudre des enjeux spécifiques. Ce processus pourra être influencé par plusieurs facteurs tels que la la perception des autres quant à sa propre identité (Phinney, 2003).

Modèles d'acculturation

Dans un contexte où l'histoire d'oppression des Autochtones a souvent provoqué un héritage de détresse, de traumatismes intergénérationnels et divers symptômes illustrant cette souffrance, il importe de bien contextualiser ces difficultés. Ainsi, lorsqu'un individu ou un groupe minoritaire est en contact avec une autre culture, même s'il arrive que cette adaptation se fasse de façon harmonieuse, il peut aussi survenir des conflits culturels et un stress acculturatif induit par la différence des valeurs et des attentes de chacun des deux peuples (Garrett, 1996; Garrett & Pichette, 2000; Oetting & Beauvais, 1990-91; Sanders, 1987). Ainsi, il peut être important de différencier l'assimilation en contexte volontaire (p. ex., immigration) qui génère généralement moins de stress, de celle imposée (p. ex., Autochtones et réfugiés) (Berry, Trimble, & Olmedo, 1986).

Il est possible de recenser, dans les écrits scientifiques, deux grands types de modèles d'acculturation (Sayegh & Lasry, 1993). Le premier, plus désuet, conçoit qu'il

existe une bonne et une mauvaise culture. Il s'agit de modèles linéaires, unidirectionnels où l'individu (ou le groupe d'individus) part de sa totale affiliation à sa culture d'origine jusqu'à la totale assimilation à la culture majoritaire. Dans ces modèles linéaires, l'intégration (ou le biculturalisme) est vue comme une étape vers l'assimilation totale. Les politiques de la Loi sur les Indiens, visant *l'assimilation graduelle des sauvages*, illustrent bien la philosophie de ce type de modèle, dont un exemple est illustré à la figure 1.

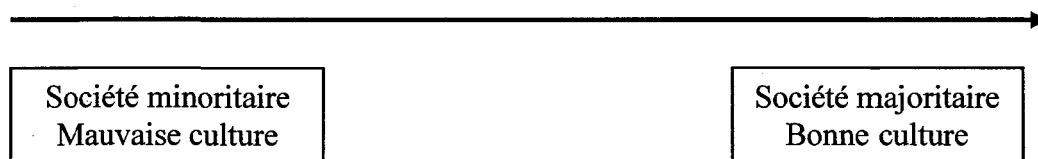


Figure 1. Exemple de modèle linéaire d'acculturation (Gordon, 1964).

Un autre type de modèles d'acculturation a été élaboré par Berry (1980). Il s'agit de modèles orthogonaux. Ces modèles conçoivent que l'individu, ou sa collectivité, peut conserver l'identité à sa culture d'origine tout en participant à des degrés divers à celle de la culture majoritaire. Bien qu'elle possède également ses limites en tenant compte que de deux cultures, cette nouvelle conceptualisation constitue une amélioration des modèles précédents de l'acculturation puisqu'elle considère que la relation qu'entretient un individu avec sa culture d'origine peut être tout à fait indépendante de celle qu'il développe avec une deuxième culture (Phinney, 2003; Sayegh & Lasry, 1993). Un exemple de ces modèles est le modèle orthogonal d'acculturation illustré à la figure 2 (Sayegh & Lasry, 1993). Cette typologie a d'abord été conçue par Berry (1980), puis

adaptée par Oetting et Beauvais (1990-91) et, finalement, par Sayegh et Lasry (1993). Ce dernier modèle est présenté sous la forme de deux continuums : le premier, horizontal, représentant le degré d'identification à la culture d'origine et le second, vertical, le degré d'identification à la culture majoritaire. Cette schématisation donne lieu à quatre quadrants désignant les quatre types d'adaptation possibles selon ce modèle, soit: l'assimilation, l'intégration, la marginalisation et l'ethnocentrisme. Le premier consiste en l'assimilation correspond à l'adoption par l'individu de la culture majoritaire. L'intégration, aussi nommé biculturalisme, est présente lorsque l'individu intègre les deux cultures. L'ethnocentrisme se présente lorsque l'individu maintient sa culture d'origine et des traditions ancestrales. Finalement, la marginalisation se définit par peu ou aucun attrait culturel envers l'une ou l'autre des deux cultures.

Berry (1997) mentionne qu'il est important de considérer l'acculturation sous ses aspects psychologiques et sociaux, c'est-à-dire qui sont vécus par un individu ou un groupe d'individus. Ainsi, les membres d'une même communauté peuvent manifester des styles d'adaptation différents les uns des autres. Dans un tel contexte, il peut être raisonnable de croire que le processus de résolution des problèmes d'abus de SPA chez des individus autochtones soit, en outre, influencé par ces différents styles d'adaptation culturels. Cependant, les stratégies d'acculturation qui seront adoptées impliquent un stress acculturatif plus ou moins important selon le contexte dans lequel ce processus se situe. Notamment, ce stress risque d'être plus important si l'Autochtone est contraint d'adopter un style particulier d'acculturation ou si sa stratégie s'avère différente des

orientations culturelles privilégiées par les divers systèmes (p. ex., famille, communauté, milieu urbain, école) dans lesquels il interagit.

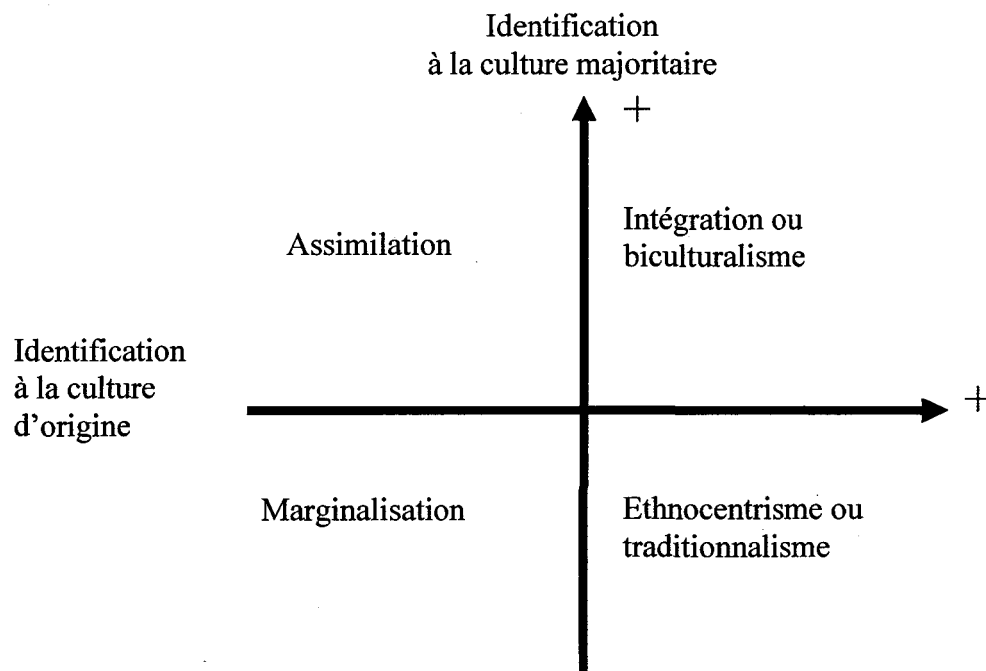


Figure 2. Modèle orthogonal d'acculturation (Sayegh & Lasry, 1993).

Plusieurs études tentent de faire des liens entre les stratégies d'adaptation culturelles, le stress acculturatif ainsi que des problèmes de santé et même, d'abus de substances. Les résultats de ces études s'avèrent toutefois variés. Berry (1990) fait état que les individus qui ont une attitude favorable à l'égard de l'intégration des deux cultures et de l'assimilation vivent moins de stress que ceux qui présentent une attitude d'ethnocentrisme et de marginalisation.

Pour sa part, Byron (1996) trouve que les adolescents autochtones vivant en milieu urbain qui ont intégré les deux cultures (occidentale et autochtone) sont plus résilients

face au stress, suivi dans l'ordre, de ceux qui sont davantage assimilés à la culture majoritaire, puis leur culture d'origine et, finalement, de ceux qui sont marginalisés. De son côté, Kurtness (1983) trouvait que les Ilnuatsh qui rejetaient la culture de la société majoritaire au profit de l'ethnocentrisme étaient plus susceptibles de vivre du stress et de se sentir marginalisés. D'un autre côté, Oetting et Beauvais (1990-91) mentionnent que ce n'est pas tant les stratégies d'acculturation qui sont importantes, mais plutôt la force d'identification culturelle. Ces derniers chercheurs affirment que les adolescents autochtones qui s'identifient faiblement à l'une ou à l'autre des cultures ou aux deux à la fois, sont plus à risque de développer une consommation problématique de drogues. Une étude américaine d'envergure ($N=2\ 449$) auprès d'adultes autochtones vivant dans des réserves indiennes montre que les Autochtones présentant une orientation envers leur culture traditionnelle développent beaucoup moins de troubles d'utilisation d'alcool et de drogues que ceux qui ont développé une orientation face aux deux cultures (Herman-Stahl, Spencer, & Duncan, 2002). Ces chercheurs font aussi mention que les Autochtones qui ont une faible orientation à leur culture traditionnelle développent davantage de troubles d'utilisation de substances que ceux ayant une forte orientation à l'égard de celle-ci.

Toutefois, les études sur l'acculturation ne tiennent pas toujours compte du contexte dans lequel vit l'individu autochtone. À cet effet, l'impact des stratégies d'adaptation culturelle de l'Autochtone peut différer s'il vit dans une communauté isolée, où le mode de vie ancestral est toujours très présent, ou s'il réside dans une

communauté près des grands centres urbains privilégiant un mode de vie centré sur la modernité.

La prochaine section expose quelques modèles, études et traitements de la résolution des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Afin de faciliter les parallèles entre ces modèles, les termes rétablissement, rémission et guérison seront considérés au même titre que la résolution. Le sens de chacun de ces termes sera abordé à travers la description de chacun des modèles. Ainsi, même si ces concepts réfèrent à des définitions différentes, ils ont la caractéristique commune de pouvoir être attribués à des personnes présentant un mode comportemental de sobriété à l'égard des SPA, à la suite d'une consommation problématique. Cette sobriété peut se présenter sous la forme d'abstinence ou de consommation modérée selon la conception de ce qu'est la consommation problématique de SPA dans les différents modèles de rémission.

Modèles de résolution d'une consommation problématique de SPA

Dans un premier temps, le modèle transthéorique du changement intentionnel (MTTC) de Prochaska et al. (1992) est brièvement présenté. Comme il s'agit d'un modèle de changement dont la validité a été éprouvée à maintes reprises dans le secteur de la santé, le texte y référera tout au long de ce chapitre. Ensuite, le modèle des Douze étapes, tel que conçu par AA, des études sur le processus de résolution sans traitement (RST), l'approche motivationnelle de Miller (1999) et enfin, quelques modèles autochtones seront exposés. Pour chacun de ces modèles, la conception de la consommation problématique de SPA, celle de sa résolution et des étapes nécessaires pour résoudre ce problème seront définies. Ces dernières étapes seront catégorisées à

l'intérieur des trois stades génériques, tirés du MTTC, soit « avant le changement », « pendant le changement » et « après le changement ». Ensuite, les éléments conçus comme contribuant au changement (motifs, stratégies et ressources) seront également catégorisés à l'intérieur de ces mêmes trois stades génériques. Finalement, chacun de ces modèles sera brièvement commenté en fonction de sa pertinence pour les Autochtones.

Comme les études réalisées à ce jour semblent prendre pour acquis que le processus de rémission est pareil tant pour les hommes que pour les femmes, celles ne comprenant que des hommes dans leur(s) échantillon(s) ont été exclues et ne seront pas présentées dans la prochaine section. Par ailleurs, il est à noter qu'aucune des études répertoriées ne s'attarde aux différences de genre.

Modèle transthéorique du changement

Le MTTC de Prochaska et DiClemente (1983) a été initialement élaboré à partir d'une étude auprès de 872 fumeurs. Il est généralisable à plusieurs types de changements et de populations (Prochaska et al., 1994). Ce modèle comprend cinq étapes : 1) la *précontemplation*, où l'individu est résistant à reconnaître ou modifier son problème; 2) la *contemplation*, où l'individu a conscience qu'il a un problème, sait qu'il doit le résoudre, mais n'est pas prêt à passer à l'action dans l'immédiat; 3) la *préparation*, où l'individu combine l'intention au critère comportemental; 4) l'*action* qui est caractérisée par les modifications des comportements, des expériences ou des environnements associés au problème; et, 5) le *maintien* qui se définit par la prévention de la rechute et la consolidation des gains obtenus. Cette étape commence six mois après le début de l'abstinence dans le cas de dépendances (Prochaska et al., 1992).

Ces chercheurs identifient 10 procédés de changement tout au long de ces étapes. Les quatre premiers procédés ont habituellement lieu de l'étape de la *précontemplation* à celle de la *contemplation*, le cinquième est présent de la *contemplation* à la *préparation*, le sixième de la *préparation* à l'*action*, et les quatre derniers, de l'*action* au *maintien*. Ces procédés de changement sont: 1) la *prise d'information*, où l'individu est vigilant à l'égard de toute information concernant son comportement problématique; 2) la *libération émotionnelle*, où il y a présence de réactions émotives « négatives » à l'égard des méfaits de son comportement sur sa santé; 3) la *perception de l'environnement*, c'est-à-dire la prise de conscience des effets du comportement problématique sur l'environnement; 4) la *libération sociale*, qui consiste en la prise de conscience qu'il existe des personnes modèles qui ont réglé le même problème; 5) l'*auto-réévaluation*, qui consiste en l'expérience émotionnelle à l'égard du comportement problématique; 6) l'*auto-libération*, c'est-à-dire un sentiment de liberté ressenti quant au choix de changer ou non; 7) le *soutien relationnel*, se rapportant à une relation de soutien dont le sujet bénéficie; 8) le *contrôle de stimulus*, qui a trait à la suppression des stimuli incitatifs; 9) le *contre-conditionnement*, qui est la substitution par un autre comportement; et 10) la *gestion des renforcements*, se rapportant à l'attribution de récompense.

Prochaska et ses collaborateurs (1992) reconnaissent que le processus de changement est rarement linéaire puisqu'il implique fréquemment des retours aux étapes précédentes. Ce modèle comprend plusieurs appuis empiriques et a été validé à maintes reprises (Prochaska, 1994; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992;

Prochaska et al., 1994; Velicer, Norman, Fava, & Prochaska, 1999). Par contre, même s'il est valide au niveau de diverses populations, l'application de ce modèle n'a pas été vérifiée chez des populations autochtones.

Modèle des Douze étapes des Alcooliques anonymes

Le modèle des Douze étapes a pris naissance avec l'association des AA. Cette association a été instaurée par Bill Wilson et ses associés en 1935 (Anonymous, 1957; Blumberg, 1977; Rivers, 1994) et se décrit comme : « *Une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir* » (Alcooliques anonymes, 1989, rabat de la couverture). Cette association s'intéresse uniquement au rétablissement de l'alcoolisme, tandis que les Narcotiques anonymes (NA), mouvement ayant pris naissance en 1950 qui s'appuie sur les mêmes étapes que les AA, s'applique au rétablissement des autres drogues (Chappel, 1993). À la suite du développement des AA, le modèle Minnesota, s'adressant aussi au rétablissement de l'alcoolisme fut développé dans un centre résidentiel à St-Paul (Minnesota). Ce modèle utilise la même méthodologie des Douze étapes que celle des AA, à l'exception qu'il est prodigué par des professionnels de la santé ainsi que par des alcooliques rétablis (Cook, 1988). Le terme alcoolisme fut aussi, à cette époque, remplacé dans la nosologie psychiatrique du DSM-III par dépendances à l'alcool et aux drogues (American Psychiatric Association, 1980).

En 1991, le modèle Minnesota était utilisé dans une cinquantaine de centres de traitement au Québec, ainsi que dans plusieurs centres à travers le monde (Nadeau,

1991). Encore aujourd'hui, il se retrouve à la base du programme de réadaptation de plusieurs centres de traitement pour Autochtones.

Conception de la consommation problématique de SPA

Selon Silkworth (1939), l'un des pionniers du modèle maladie, la dépendance à l'alcool est une maladie caractérisée par une réaction physique atypique qui déclencherait une obsession mentale vis-à-vis de l'alcool (Sheehan & Owen, 1999). Selon lui, l'individu alcoolique ne peut pas avoir une consommation d'alcool normale à cause de cette maladie qui impliquerait une allergie physique à l'alcool. Jellinek (1946; 1960) soutenait, quant à lui, la thèse de la maladie irréversible, ceci sans admettre l'allergie physique à l'alcool. Depuis, la conception de l'alcoolisme transmise par AA demeure celle d'une maladie irréversible où l'individu atteint subit involontairement une perte de contrôle de sa consommation (Le bureau des services généraux des AA, n.d.).

Conception de la résolution d'une consommation problématique de SPA

Le modèle maladie, tel que décrit par AA, n'admet pas la guérison proprement dite et présente plutôt un modèle de rétablissement de l'alcoolisme (Blumberg, 1977). La seule interruption du progrès de la maladie possible est par l'abstinence totale et continue (Sheehan & Owen, 1999). D'ailleurs, la croyance « *alcoolique un jour, alcoolique toujours* » est transmise aux membres du mouvement (Nadeau, 1991).

Puisque AA ne permet pas la recherche, il n'y a pas de systématisation du processus, outre la philosophie de changement qui est proposée à travers les Douze étapes (Le bureau des services généraux des AA, n.d.). Les étapes des AA, ainsi que les

éléments contribuant au processus de changement, sont ici reconceptualisés à l'intérieur des trois étapes génériques du changement soit avant, pendant et après l'établissement de la sobriété.

Étapes de la résolution de la consommation problématique de SPA

Motifs et raisons de la décision. Selon les tenants de ce modèle des Douze étapes des AA, la motivation au changement est, le plus souvent, le résultat d'une situation stressante qui fournit la motivation nécessaire à rechercher de l'aide (FitzGerald, 1988). La motivation centrale des membres qui viennent au regroupement AA est le *bas-fond*, d'où l'adhésion des membres à la première étape. Afin de parvenir à cette première étape, « *Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool – que nous avions perdu la maîtrise de nos vies* » (Alcooliques anonymes, 1986), c'est-à-dire d'accepter et de reconnaître son problème, des services psychoéducatifs sont habituellement offerts. Il s'agit de l'aide du groupe pour bien comprendre la première étape, de la bibliothérapie, des groupes d'instruction et de lectures. Ces interventions aideraient l'individu à progresser à l'étape contemplation du MTTC de Prochaska et ses collaborateurs (1992).

La deuxième étape, « *Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure pouvait nous rendre la raison* », peut correspondre à l'étape de préparation du MTTC et vise à développer un optimisme réaliste, concernant la capacité de se rétablir, ceci en prenant conscience que l'individu peut avoir recours à des ressources. Les méthodes utilisées comprennent l'écriture d'un journal quotidien des événements positifs, la méditation et la réflexion quotidiennes, la sélection de lectures des AA. À cette étape, la

notion de l'Être suprême est introduite et celui-ci peut être personnalisé par chacun. La compréhension spirituelle qui donne une signification à la vie, ainsi que le soutien des pairs, sont considérés comme des ressources positives. Enfin, Wallace (1982) affirme qu'écouter les histoires des autres membres du groupe renforce l'idée que le sujet trouvera une explication à ce qui lui arrive. Il pourrait aussi être postulé qu'il s'agit d'un facteur qui renforce et valide la motivation initiale au changement.

Implantation de la décision de changer. La troisième étape du modèle des Douze étapes, « *Nous avons décidé de confier notre volonté et nos vies aux soins de Dieu tel que nous le concevions* », consiste au début de l'implantation de l'action du modèle de Prochaska et DiClemente (1983), c'est-à-dire qu'elle correspond à l'étape où les membres commencent à agir pour obtenir le changement voulu. L'introspection et la responsabilité personnelle sont travaillées à ce moment. De même, les slogans AA promeuvent la régulation de l'anxiété et la réactivation des ressources environnementales. La spiritualité est également un facteur aidant qui consiste en un apaisement réaliste des situations problématiques, telles qu'imaginées par la prière de la sérénité¹. Le traitement et le counseling sont également orientés vers l'action et des techniques telle la restructuration cognitive d'attitudes défaitistes, sont utilisées. Enfin, d'autres facteurs aidant comprennent des prescriptions comportementales pour le changement, la formation de la confiance en soi et l'enseignement de la relaxation progressive.

¹ La prière de la sérénité est : « Dieu accorde-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux et la sagesse de reconnaître la différence. » (Alcooliques anonymes, 1989, rabat de la couverture)

La quatrième étape du modèle AA, « *Nous avons courageusement procédé à un inventaire moral, minutieux de nous-mêmes* », met l'accent sur la personnalité et le fonctionnement interpersonnel. Cet inventaire permet de reconnaître les problèmes et les erreurs passés, en considérant les forces et les ressources personnelles. Le but visé consiste à augmenter l'enthousiasme de la personne en tenant compte de ses défauts, qui sont souvent des facteurs de risque de rechute; à développer une perception plus équilibrée de ses forces et de ses limites; et à résoudre la honte et le blâme personnel des reproches que se font les alcooliques. Des sentiments négatifs sont souvent ressentis durant cette étape. Les « devoirs », tels que des lectures, peuvent constituer des interventions aidantes. Pour certains, cette étape est retardée jusqu'à l'état d'abstinence et de stabilité émotionnelle, tandis que pour d'autres alcooliques, ils se centrent uniquement sur les forces et ressources personnelles afin de réduire la « menace » des sentiments négatifs souvent provoqués par l'admission des erreurs.

Le but de la cinquième étape, « *Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts* », consiste en une forme de catharsis, en partageant avec une autre personne le contenu de l'inventaire fait à l'étape précédente. À cette étape, le partage d'une révélation de soi sans jugement et l'acceptation de la part des personnes environnantes pourraient constituer les principaux facteurs aidants.

Selon Wallace (1982), un facteur aidant au processus de rétablissement consiste en des instructions spécifiques, dès le commencement de la sobriété, fournissant, selon lui, une structure d'étapes concrètes dont les alcooliques auraient besoin. Le fait que les conseils proviennent d'alcooliques rétablis ayant une attitude enthousiaste et

personnalisée peut également être un facteur aidant pour certains. Enfin, ceux qui n'ont pas encore atteint leur rétablissement peuvent s'identifier aux alcooliques rétablis et ainsi croire davantage qu'ils sont en mesure de résoudre leurs problèmes de consommation (Wallace, 1982). Les propos de Wallace (1982) sur le sentiment d'efficacité illustrent bien la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1969; 1977; 1986). En effet, Bandura (1986) définit le sentiment d'efficacité personnelle comme la croyance que l'individu a en sa capacité d'organiser et d'exécuter sa conduite pour produire un résultat souhaité. Selon Bandura (1977), l'une des sources qui peut influencer positivement le sentiment d'efficacité personnelle consiste en la présence d'expériences vicariantes, c'est-à-dire l'observation de réussites similaires. Le sentiment d'efficacité personnelle est habituellement reconnu comme un ingrédient actif au niveau du processus de résolution des problèmes d'alcool et de drogues, ainsi que de la prévention des rechutes (Annis, 1990; Annis & Davis, 1988; Bandura, 2002; Landry, 2001; Miller, 1999).

Les cinq premières étapes du modèle Douze étapes des AA sont associées à l'éveil spirituel, où l'individu commence à comprendre la réalité de sa situation, accepte d'être guidé par les autres et acquiert les habiletés pour demeurer sobre. Les étapes 6 à 12 sont davantage liées au maintien de la sobriété, par un renouvellement et un renforcement des attitudes et des comportements acquis aux étapes précédentes et ne seront donc pas décrites ici.

Maintien de la sobriété. Un facteur de maintien du rétablissement est la poursuite d'un traitement, telle une participation aux rencontres AA, et dans d'autres cas, du

counseling individuel (Sheehan & Owen., 1999). Devenir parrain d'un autre alcoolique est également un facteur aidant au maintien de la sobriété (Alibrandi, 1985). Faire partie d'un groupe de soutien, avoir accès au soutien 24/24 heures, 7/7 jours sont certainement des facteurs aidant au maintien et à la prévention de la rechute (Chappel, 1993).

Alors que le modèle AA s'avère un modèle médical pour certains auteurs (Sheehan & Owen, 1999), pour d'autres, il est davantage considéré comme un modèle spirituel (Miller, 1999). Selon Blumberg (1977), il s'agit d'un modèle dont les ingrédients actifs sont la spiritualité, la perspective médicale et le groupe. Un certain nombre de critiques pourraient être faites sur ce modèle. Une première catégorie de critiques concerne le fait que plusieurs postulats de base de AA s'avèrent non concordants avec les recherches scientifiques et ceci pourrait avoir pour effet d'amener le doute chez certaines personnes aux prises avec une dépendance à l'alcool. En outre, le modèle AA n'utilise pas la même terminologie que les autres modèles. Par exemple, alors que la sobriété se définit par une consommation abstinente ou modérée dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), AA définit la sobriété comme une attitude mentale qui accompagne l'abstinence de consommation.

Tel que mentionné précédemment, la validité de certains postulats de AA n'a pas été éprouvée empiriquement. Alors que la consommation modérée est une issue inadmissible selon les tenants du modèle des Douze étapes des AA, puisque le boire contrôlé y est considéré impossible, Cunningham (1999a, 1999b), ainsi que d'autres chercheurs importants dans le domaine de la toxicomanie (p. ex., Klingemann, 1991; 1992; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992) ont montré qu'une grande proportion des gens

ayant eu une consommation problématique de SPA (à des niveaux de sévérité divers) peuvent devenir sobres sans traitement et, même, présenter une consommation modérée. Dans le même ordre d'idées, pour pouvoir poursuivre le processus des Douze étapes, l'individu doit admettre qu'il est impuissant vis-à-vis de la SPA. Or, les études sur la rémission naturelle démontrent que le *bas-fond* n'est pas la seule motivation valable pour la rémission de problèmes d'alcool et d'autres drogues (Klingemann, 1991).

Chappel (1993) indique que la moitié des personnes qui entrent dans AA, quittent au cours des premiers trois mois. Même si l'aspect directif de ce modèle a été mentionné précédemment comme un facteur pouvant contribuer au changement, peut-être qu'il présente des difficultés d'adaptation chez d'autres alcooliques. Il s'agit également d'une approche qui peut être stigmatisante, puisque le seul fait de recevoir un diagnostic d'alcoolisme peut amener de la résistance chez le sujet et ainsi retarder le début de son rétablissement. Dans le même sens, comme AA propose un programme à vie et suggère la participation aux *meetings* de façon régulière, Emrich (1989) fait état que ce ne sont pas tous les alcooliques qui peuvent adhérer à un programme aussi chargé.

Certains auteurs (Vick, Smith, & Herrera, 1998) mentionnent des difficultés de transférabilité de ce modèle aux populations autochtones puisque l'aspect spirituel véhiculé dans AA représente davantage la spiritualité occidentale. Par exemple, Bousquet (2005) souligne qu'il existe une certaine incohérence entre les Algonquins du Québec qui parlent en termes de guérison et le fait que l'alcoolisme soit conçu comme une maladie irréversible dans le mouvement AA. Par ailleurs, certains auteurs

(Jilek-Aall, 1981; Vick et al., 1998) suggèrent des façons d'adapter ce modèle aux collectivités autochtones.

Jilek-Aall (1981) mentionne, pour sa part, un certain nombre de difficultés lorsque les Autochtones participent à des rencontres AA, menées par des non Autochtones. Aussi, elle affirme que les Autochtones de l'Amérique du Nord ne sont pas confortables dans un tel modèle puisqu'il ne concorde pas avec leurs valeurs, leur spiritualité et leurs façons de vivre. De plus, il existe des divergences au sein des Autochtones.

Kurtness (1983) a effectué une thèse de doctorat sur le niveau d'acculturation de huit communautés inuaitsh et il fait ressortir qu'alors que certaines communautés sont plus assimilées au mode de vie de la société occidentale, d'autres sont encore très ethnocentriques quant à leur culture traditionnelle. Dans de tels contextes, si le programme AA n'est pas modifié en fonction de ces spécificités culturelles collectives, il risque de ne pas convenir aux populations autochtones visées. De plus, certaines communautés présentent une quelconque homogénéité culturelle alors que d'autres sont plus hétérogènes, comprenant des individus ethnocentriques à l'égard de leur culture traditionnelle et d'autres assimilés à la culture occidentale. Dans ce dernier contexte, le modèle AA risque de ne pas être adapté à tous les individus.

De même, les *meetings* présents dans les milieux non autochtones avec quelques individus autochtones ne s'identifiant pas à la culture majoritaire risqueront de ne pas répondre aux besoins de ces derniers. D'ailleurs, les collectivités autochtones ayant amorcé un processus de guérison sociale quant à l'alcoolisme et à la toxicomanie, par exemple la communauté d'Alkali Lake en Colombie-Britannique, ont pris soin d'offrir

divers types de modèles de traitement et non seulement les Douze étapes de AA (Ben, 1991). D'autres communautés (p. ex., Coast Salish) adaptent le modèle AA à leur culture (Jilek-Aall, 1981).

Malgré ces critiques, le modèle des Douze étapes des AA aide un très grand nombre de personnes qui adoptent ce mode de vie, arrêtent leur consommation de substances, règlent leurs autres problèmes et deviennent heureuses (Chappel, 1993). De plus, des éléments tels que l'aspect communautaire de la vie de groupe, les valeurs d'entraide, d'humilité ainsi que l'importance de la spiritualité peuvent rejoindre les Autochtones dans leurs valeurs propres.

Études sur la rémission sans traitement

La reconnaissance que la rémission sans traitement (RST) des problèmes de toxicomanie est possible date d'à peine une décennie et bouleverse plusieurs bases du modèle maladie, amenant de ce fait une certaine remise en question de ce modèle. À cet effet, les modèles de RST ont également été jugés pertinents pour les Autochtones, puisque certains d'entre eux peuvent aussi emprunter cette trajectoire de résolution. Les termes de rémission spontanée, de rémission naturelle et d'autochangement sont également utilisés dans les écrits, pour nommer ce phénomène.

Conception de la consommation de SPA

Dans les études sur la RST, la consommation de SPA est définie de différentes façons. Alors que certains chercheurs ont recours à la définition du DSM-IV, d'autres préfèrent des critères faisant référence au nombre de conséquences psychosociales négatives entraînées par la consommation (Cunningham, 1999a, 1999b). D'autres études

utilisent, pour leur part, des critères de quantités d'alcool absorbées (Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992). Il en est également ainsi pour certaines drogues (Caldwell et al., 2002; Skopp, Richter, & Pötsch, 2003).

Conception de la résolution de la consommation problématique de SPA

Plusieurs chercheurs observent que des RST peuvent donner lieu à une consommation modérée de SPA au lieu d'un mode d'abstinence (Cunningham, 1999a; Dawson, 1996; Saunders & Kershaw, 1979). La rémission se décrit soit par un mode de consommation modérée ou par l'abstinence. Les critères d'une consommation modérée varient d'une étude à l'autre, mais ceux de Cunningham et ses collaborateurs (1995) seront retenus aux fins de ce mémoire, parce qu'ils sont considérés comme ayant peu de risque sur la santé des individus¹. Généralement, pour admettre que la personne est en rémission, les chercheurs établissent un critère d'admissibilité d'au moins un an de sobriété puisqu'il y aurait alors moins de risque de rechute.

Étapes de la résolution de la consommation problématique de SPA

Certains chercheurs (Biernacki, 1986; Stall & Biernacki, 1986) identifient les stades de l'autorémission comme suit : décider d'arrêter, briser la dépendance, rester abstinent et devenir ordinaire, tandis que d'autres (Klingemann, 1991, 1992; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992) s'intéressent aux trois étapes génériques telles que décrites dans ce texte (motivations, action et maintien). Les étapes du MTTC se retrouvent

¹ Consommation modérée : 1) trois consommations alcoolisées quotidiennes ou moins pour les hommes et deux ou moins pour les femmes; 2) de cinq à sept consommations pas plus de deux fois par année; depuis le début de la rémission, en aucun cas, il y a eu plus de sept consommations (Cunningham et al., 1995).

également au niveau de la rémission naturelle (Prochaska et al., 1992). Ces derniers considèrent l'auto-changement au même titre que la rémission spontanée.

Ludwig (1985) s'est intéressé aux changements cognitifs tout au long du processus de la RST d'une consommation problématique d'alcool. Les résultats de sa recherche montrent qu'avant le changement, tous les participants avaient des associations cognitives positives face à l'alcool, tandis qu'après l'établissement de la sobriété, tous associaient radicalement ou progressivement l'alcool à des expériences déplaisantes, dégoûtantes ou humiliantes. Ainsi, les expériences d'effets négatifs de l'alcool apparaissent essentielles pour attirer l'attention sur la dépendance et libérer la voie pour une réorganisation cognitive.

Motivations et raison de la décision. Plusieurs études (Cunningham et al., 1995; Klingemann, 1991) montrent que les toxicomanes peuvent décider d'entamer un processus de rémission pour un ensemble de raisons et motifs qui peut être autant positif que négatif. Selon certains auteurs (Stall, 1983; Stall & Biernacki, 1986; Tuchfeld, 1981; Tucker, Vuchinich, & Akiko-Gladsjo, 1994), des motivateurs à la rémission peuvent être constitués de pressions sociales ou encore provenir de certains événements de vie qui apportent des changements au niveau de la santé, ainsi qu'aux plans relationnel, vocationnel et religieux de l'individu. Bien que les événements de vie soient importants, ce qui semble déterminant serait plutôt l'évaluation qu'en fait l'individu (Biernacki, 1986; Klingemann, 1991; 1992; Sobell, Sobell, Toneatto, & Léo, 1993). Ainsi, l'une des motivations les plus rencontrées serait composée du résultat de l'évaluation des

avantages et des désavantages de la consommation (Biernacki, 1986; Cunningham et al., 1995; Klingemann, 1991; Sobell et al. 1993).

Klingemann (1991), utilisant une méthodologie qualitative de type exploratoire, retrouve des motivations négatives qu'il classe en trois catégories : 1) « le bas-fond » qui peut être soudain ou cumulatif; 2) « la croisée des chemins » qui peut se définir comme l'obligation de choisir entre la consommation ou la perte de quelque chose d'important (p. ex., consommation vs grossesse); et 3) la « pression sociale ». Les motivations positives sont divisées en deux catégories : 1) la « maturation » où l'individu perçoit sa période de consommation comme une étape et 2) le « point tournant positif dans la vie du sujet » (p. ex., une nouvelle relation amoureuse). Cette dernière étude montre que les motivations positives sont fréquemment à la base de la RST.

Implantation de la décision de changer. Dès cette deuxième phase, les individus en processus de rémission développent des stratégies afin de ne pas être tentés de consommer à nouveau. L'étude qualitative de Burman (1997), comprenant 38 participants abstinents n'ayant pas participé à un traitement (24 hommes et 14 femmes), montre que certains individus évitent l'alcool et les personnes qui y sont associées, recherchent des activités plaisantes et des passe-temps, utilisent des substituts et ont recours au soutien des proches.

Pour sa part, Klingemann (1992) divise en deux catégories les stratégies adoptées pour limiter la consommation, soit la diversion, qui consiste à contrer les impulsions de consommation par des divertissements, et les stratégies liées au problème. Cette dernière catégorie est divisée en trois sous-ensembles : 1) les actes comportementaux

quotidiens, telle la diminution graduelle des portions, 2) l'adoption de substituts adéquats reliés aux drogues et à leurs effets, et 3) les techniques de distanciation à la substance telles que ne plus garder de bière à la maison et des rites d'arrêt de consommation (p. ex., jeter les vêtements reliés à l'époque de la consommation). Ces stratégies sont également présentes dans d'autres échantillons RST (Burman, 1997; Sobell et al., 1992).

Maintien de la sobriété. Selon Klingemann (1992), l'étape du maintien se compose de trois phases. La première est caractérisée par une augmentation de la confiance en soi liée à l'acquisition d'habiletés d'auto-contrôle, lesquelles sont acquises à la suite de l'exposition graduelle aux situations autrefois liées à la consommation. Ce facteur d'auto-contrôle est aussi abordé dans l'étude de Sobell et ses collaborateurs (1993) comme un facteur fortement endossé. La deuxième phase de l'étape du maintien se caractérise par une *lutte* moins intense contre l'envie de consommer, où l'individu perçoit davantage les bénéfices de sa nouvelle vie de sobriété. Les loisirs et le soutien social augmentent souvent à cette étape. Enfin, la dernière phase de l'étape du maintien de la RST consiste en l'intériorisation des nouveaux rôles sociaux : 1) devenir un aidant; 2) adopter de nouvelles préoccupations religieuses, spirituelles, politiques ou artistiques; ou 3) se réconcilier avec les attentes de la société (p. ex., en devenant un bon parent).

Une critique qui peut être faite de plusieurs études qualitatives dans ce champ consiste en le fait que les auteurs décrivent rarement leurs procédures d'analyse de données ainsi que les méthodes utilisées afin d'augmenter la fidélité et la validité de

leurs résultats. De même, il s'avérerait important d'élargir ce champ d'étude à d'autres populations afin de vérifier si les facteurs aidant au processus de rémission, à travers les trois étapes génériques, s'avèrent transférables (généralisables) à d'autres types de populations, notamment aux Autochtones.

Approche motivationnelle

Cette approche réfère à un modèle psychologique, celui de Miller (1999). Il s'agit d'une méthode de communication, directive et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (Miller, 2000 cité dans Rossignol, 2000). Ce modèle a été choisi parce qu'il conçoit le client et le thérapeute comme deux experts. Le thérapeute a donc le rôle d'aider le client à découvrir ses propres ressources, stratégies et solutions et non de lui imposer des méthodes de rétablissement. Dans une telle relation non confrontante, qui mise spécifiquement sur une forte alliance thérapeutique, l'Autochtone risque moins de revivre les enjeux d'assimilation ou de coercition et cette expérience thérapeutique pourrait même être réparatrice à cet égard.

Le projet Match (Project Match Research Group, 1997) a évalué l'efficacité de cette thérapie motivationnelle ainsi que celle de deux autres modèles thérapeutiques, soit le modèle des Douze étapes des AA et la thérapie cognitivo-comportementale. Les résultats révèlent qu'elles s'avèrent toutes trois équivalentes en termes d'efficacité dans la population majoritaire.

L'approche motivationnelle est innovatrice dans le domaine de la toxicomanie et encore peu utilisée dans les milieux francophones. Il s'agit d'une façon non confrontante

d'interagir avec le client. Cette attitude a pour but de faciliter la résolution de l'ambivalence face au changement en travaillant, particulièrement, sur les valeurs et les motivations intrinsèques du client, en cultivant l'alliance thérapeutique par des habiletés de communication telles l'empathie, l'exploration, le soutien, le respect, l'authenticité et la non-confrontation. Cette approche est fortement inspirée des étapes du changement des travaux de Prochaska et ses collaborateurs (Miller, 1999).

Miller (1985) affirme qu'un faible niveau de motivation est associé à l'échec des individus à débiter, poursuivre et compléter avec succès un traitement. Aujourd'hui, la motivation est perçue comme un concept dynamique, pouvant être influencée par une multitude de facteurs (Miller, 1999). Ainsi, plusieurs chercheurs ont évalué que les approches axées, entre autres, sur l'augmentation de la motivation ont une plus grande efficacité thérapeutique et les clients présenteraient un plus haut taux de sobriété (p. ex., Landry, 1996)

Conception de la consommation problématique de SPA

La consommation de SPA peut être représentée sur un continuum allant de la consommation non problématique, à la consommation à risque, à l'abus, puis à la dépendance telle que définie par les critères diagnostiques dans le DSM-IV (APA, 1994).

Conception de la résolution de la consommation problématique de SPA

La rémission peut être perçue comme un mode de sobriété se manifestant soit à travers une consommation modérée de SPA ou à travers l'abstinence depuis au moins un mois, telle que définie dans le DSM-IV (APA, 1994).

Étapes de la résolution de la consommation problématique de SPA

En ce qui concerne l'approche motivationnelle, les étapes de la rémission, correspondent aussi aux cinq étapes du MTTC (Miller, 1999), ainsi qu'à la rechute si nécessaire. Les interventions et les attitudes manifestées dans cette thérapie motivationnelle sont considérées comme des facteurs aidant au processus de rémission tout comme dans le cas du modèle maladie.

Motifs et raisons de la décision. Puisque le but de cette recension des écrits consiste à faire ressortir les raisons et les motifs pour prendre la décision de débiter un processus de rémission (action), les interventions ou attitudes du thérapeute seront inférées comme des facteurs aidant l'individu à développer, augmenter, valider ou s'approprier ses propres motivations afin qu'il décide de changer son style de consommation ou valide cette décision.

Selon Miller (1999), le but visé par le traitement, avant que le client débute sa sobriété, est de l'aider, par des interventions et des attitudes, à développer ou à augmenter sa motivation intrinsèque afin qu'il décide de changer sa consommation problématique. Des exemples de ces interventions sont : d'explorer les significations du problème pour le client; d'offrir de l'information sur les risques de l'utilisation de SPA; d'aider le client à explorer et à approfondir le poids des avantages et des désavantages de sa consommation; de mettre l'accent sur la liberté de choix, la responsabilité et l'efficacité du client pour le changement. Un autre facteur aidant peut être l'alliance thérapeutique que le thérapeute cultive en demandant la permission, en ayant une attitude empathique, respectueuse et non confrontante (Miller, 1999).

Implantation de la décision de changer. Des interventions aidantes, pendant l'étape du changement, sont : engager le client dans le traitement et renforcer la suite de la résolution du problème de consommation; soutenir une vision réaliste à travers de petites étapes; reconnaître les difficultés du client; l'aider à identifier les situations à risque et à développer des stratégies d'adaptation; l'assister dans sa découverte de nouveaux renforcements positifs; l'aider à évaluer s'il a un fort soutien social (Miller, 1999).

Maintien de la sobriété. Des facteurs aidants, lors du maintien, consistent à assister le client à identifier les sources de plaisir liées à sa sobriété; à soutenir ses changements de style de vie, ses décisions et son efficacité personnelle; à l'aider à utiliser de nouvelles stratégies d'adaptation pour éviter une rechute; à maintenir un contact soutenant; et enfin, à développer des stratégies de secours; et à réviser ses buts à long terme.

Une force de ce modèle vient du fait qu'il est très général et qu'il pourrait même être intégré à divers autres modèles de traitement puisque les étapes du MTTC ressortent à travers 18 théories comportementales et psychologiques (Institute of Medicine, 1990). Ce modèle semble pertinent, mais une critique qui pourrait lui être faite consiste en sa concentration sur le seul problème de toxicomanie. En effet, il serait important, que le thérapeute qui utilise ce modèle reste ouvert à travailler d'autres objectifs que l'arrêt ou la diminution de la consommation problématique. Ce dernier aspect peut être particulièrement justifié chez les Autochtones, où la consommation de SPA est rarement l'unique problématique, les SPA pouvant souvent être utilisées à titre d'automédication. La grande proportion de transfert des dépendances à la sortie des centres de traitement

pourrait appuyer la pertinence de cette hypothèse (Centre Wapan, 2000). Par ailleurs, plusieurs chercheurs et cliniciens, dans le domaine de la toxicomanie auprès des populations autochtones, soutiennent qu'en plus de l'importance d'adapter culturellement les traitements, il importe d'adopter un modèle de traitement intégré qui tienne compte à la fois de l'abus de substances, mais aussi de la co-existence d'autres troubles psychologiques, tels des états de stress post-traumatique, aussi bien que des traumatismes historiques (p. ex., Duran et al., 2004; Edwards, 2003; Peterson, Berkowitz, Cart, & Brindis, 2002). À ce sujet, bien que cette donnée ne soit pas disponible à Mashteuiatsh, les femmes de la société majoritaire sont davantage susceptibles de présenter un trouble comorbide que les hommes non autochtones (Turnbull & Gomberg, 1988). Bref, cette approche pourrait bien s'intégrer aux Premières Nations puisqu'elle est souple et laisse également place à d'autres types d'interventions, pouvant même ne pas être reliés directement à l'arrêt ou à la diminution de la consommation.

La prochaine partie traite de la dernière catégorie de modèles de résolution des problèmes de consommation de SPA. Elle comprend des modèles de guérison autochtone et d'autres jugés pertinents pour cette population soit, une adaptation du modèle AA (Coast Salish, CB), la réduction des méfaits, l'approche holistique du centre Walgwan (Gaspésie, Qc), un modèle de guérison communautaire (Alkali Lake, CB). Des méthodes de guérison traditionnelles utilisées à Mashteuiatsh sont aussi brièvement décrites.

Modèles autochtones et modèles pertinents pour les Autochtones

Les modèles autochtones de guérison favorisent, en général, quatre éléments « curatifs » importants : 1) ils sont d'abord centrés sur la compréhension des facteurs qui ont mené les Autochtones à développer des comportements de consommation problématique et d'autres symptômes d'une grande détresse; 2) les familles et la communauté participent au traitement; 3) les mouvements de revitalisation ou de renaissance spirituelle et culturelle sont présents; ainsi que; 4) le rétablissement d'un équilibre centré sur le bien-être individuel et collectif est l'objectif visé.

Conception de la consommation problématique de SPA

Une conception autochtone de l'alcoolisme veut qu'il ne s'agisse pas d'une maladie physique, mais plutôt d'un symptôme causé par un manque de spiritualité. La guérison doit donc être spirituelle (Napoleon, 1991). En d'autres mots, la surconsommation de SPA consiste en un symptôme et il importe de comprendre les causes réelles de ce symptôme, puisque les interventions s'adresseront à celles-ci. Pour les Autochtones, les concepts de maladie et de santé ne sont pas dichotomiques. Selon la vision autochtone traditionnelle, tous les éléments de la vie et les êtres vivants sont interdépendants. Leur santé et leur bien-être dépendent de l'harmonie et de l'équilibre personnel (corps, raison, cœur, esprit) et collective (l'individu, famille, collectivité, tous les êtres vivants) (Commission royale d'enquête, 1996a).

Lacasse (1982) situe plus spécifiquement les prévalences élevées de maladies chez les Autochtones par le fait que l'équilibre qui existait dans le mode de vie traditionnel ait été brusquement rompu. Outre les premiers contacts avec les maladies des Occidentaux

lors de la colonisation, d'autres éléments ont eu pour effet d'affecter la santé des Premières Nations. À cet égard, Lacasse (1982) identifie, notamment, la prise en charge du gouvernement qui a enlevé la responsabilité aux Autochtones à divers niveaux (p. ex., éducation des enfants, façon de gagner leur vie, de se soigner), leur sédentarisation qui a eu pour conséquence la diminution des exercices physiques quotidiens et la perte d'endurance physique, l'ennui d'être toujours au même endroit et surtout, l'alimentation qui s'en trouve sévèrement modifiée. Selon cet auteur, les Autochtones souffrent donc des « maladies occidentales », dont la toxicomanie, parce que les tentatives d'assimilation leur auraient apporté une qualité de vie moindre.

Conception de la résolution de la consommation problématique de SPA

Au lieu de parler de rémission, les Autochtones parlent ici en termes de guérison ou de mouvement de guérison. La conception autochtone de la guérison se traduit par le rétablissement de l'équilibre et de l'harmonie entre tous les aspects de la vie personnelle et collective (Commission royale d'enquête, 1996b). La guérison est aussi conçue comme l'état atteint par les individus et les collectivités qui ont réussi à se remettre des effets persistants de l'oppression et du racisme systémique dont ils ont été l'objet pendant des générations (Commission royale d'enquête, 1996a).

Étapes de la résolution de la consommation de SPA

À l'exception du modèle AA, les étapes de la guérison sont peu définies dans les modèles autochtones. Ce fait pourrait s'expliquer par la conception autochtone de la guérison qui est multidimensionnelle et spécifique à chaque individu, à sa famille et à sa collectivité, d'où la difficulté d'élaborer des modèles de changement individuel

généralisables aux autres individus et aux autres communautés. Une autre explication de ce manque de définitions d'étapes de guérison découle de l'absence d'études de la trajectoire du changement et de l'efficacité des quelques modèles autochtones mis en place. Ces explications pourraient également être concomitantes. Puisqu'il est difficile de séparer ces modèles en étapes, les trois stades génériques, présentés dans les modèles précédents, ne seront pas décrits ici. La prochaine partie traite donc des éléments perçus comme contribuant au changement du style de consommation selon cinq modèles de résolution des problèmes de consommation ou traitements utilisés pour les Autochtones.

Au Canada, le modèle maladie (Minnesota et AA) demeure à la base des traitements les plus fréquemment prodigués aux Autochtones et cela, malgré que les principes de ce modèle (p. ex., maladie irréversible) semblent en contradiction avec les valeurs, la culture et la spiritualité autochtones.

Bien que l'évaluation du succès ait été essentiellement qualitative, des études américaines révèlent que le modèle AA est efficace pour peu d'individus autochtones. Seulement 10 % des gens cherchant de l'aide réussiraient à maintenir l'abstinence à long terme (Mail & Johnson, 1993; Weibel-Orlando, 1989b). Étant donné que l'administration de l'ensemble des programmes de traitement prodigués aux Autochtones a changé à plusieurs reprises depuis 1960, peu de ces programmes ont été évalués. Par conséquent, les facteurs qui contribuent au succès de ces traitements sont grandement méconnus (Daisy, Thomas, & Worley, 1998).

Adaptation du modèle AA. Une communauté du sud-ouest de la Colombie-Britannique (Coast Salish) a modifié le programme AA afin qu'il soit

davantage adapté à leur culture (Jilek-Aall, 1981). Il s'agit toujours du modèle des Douze étapes, mais les façons de parvenir à l'abstinence sont adaptées aux manières de vivre de cette communauté.

Les modifications considérées comme des facteurs aidants sont : 1) lors des rencontres, les gens peuvent aller et venir à leur gré, les mères amènent leur bébé et leurs jeunes enfants, adolescents et leurs amis et il n'y a pas de limite de temps pour les discours; 2) les difficultés relationnelles avec les non-Autochtones peuvent être discutées puisque les *meetings* sont majoritairement constitués d'Autochtones, cela permet la ventilation de leurs blessures et sentiments amers; 3) des éléments de la spiritualité autochtone ont été intégrés à celle de l'Église catholique et les membres se donnent le choix entre le *Shake* indien, lequel donne le pouvoir de guérir, ou le Être suprême (AA) qui aide à rester sobre; 4) chaque anniversaire du jour de l'arrêt de la consommation est fêté, signifiant la « renaissance » d'une nouvelle façon de vivre. L'alcoolique est alors fêté d'une façon rappelant les festivités traditionnelles du potlatch (cérémonie autrefois pratiquée par les Autochtones de l'Ouest). Le célébré amène à son *meeting* plusieurs parents et amis, les femmes de la famille offrent de la nourriture à tout le monde présent pendant que les amis font des discours sur les vertus et nouvelles façons de vivre du célébré; 5) l'attitude correcte des non-Autochtones acceptant l'invitation aux *meetings* aide les Autochtones à se sentir égaux et respectés dans leur culture. Ce dernier facteur, c'est-à-dire la reconnaissance mutuelle de leurs distinctions culturelles, serait majeur et leur donnerait la force de lutter ensemble contre l'alcool dans un esprit de coopération.

Bien que ce modèle ait été efficace pour cette communauté autochtone, il serait important de ne pas perdre de vue qu'il n'est pas nécessairement généralisable aux autres nations et même, aux autres communautés à l'intérieur d'une même nation, puisque les valeurs culturelles, la spiritualité et les façons de vivre y sont souvent différentes. En effet, comme l'affirment Moran et May (1997) la prescription des programmes de prévention est complexe étant donné les différences entre les groupes tribaux, l'orientation culturelle, le degré d'ancestralité et le lieu de résidence (ville ou réserve) des Autochtones. De plus, les membres à l'intérieur d'une même communauté peuvent avoir des identifications culturelles différentes amenant, de ce fait, ce modèle à être plus difficilement adaptable.

Réduction des méfaits, un modèle qui s'avérerait aidant. Le modèle de la réduction des méfaits pourrait être un modèle pertinent pour les Autochtones selon Daisy et ses collaborateurs (1998). Le but de cette approche est de minimiser les conséquences néfastes liées à la prise de SPA et de réduire les risques inhérents à l'utilisation de l'alcool et d'autres drogues. L'abstinence n'est pas un but obligatoirement visé, à l'opposé de la majorité des centres de traitement requérant l'absence complète de consommation avant de débiter le traitement (Marlatt, 1996). Bien que l'abstinence puisse être un but idéal, la réduction de l'utilisation de SPA ou des méfaits liés à cette consommation sont des buts acceptables visés par le programme de traitement (Daisy et al., 1998). En accord avec les valeurs autochtones, l'individu est vu ici comme inséparable de son environnement.

Afin de changer son comportement, il doit trouver des façons de faire face aux conditions environnementales permanentes et aux facteurs de risque de consommation. La philosophie de la réduction des méfaits repose sur trois principes : 1) la dépendance et d'autres comportements excessifs peuvent être situés sur un continuum; 2) le changement du comportement excessif est un processus par étape menant à l'abstinence complète; et 3) l'abstinence n'est pas l'objectif visé pour tout le monde puisque cette philosophie est basée sur la réduction des méfaits. (Daisy et al., 1998).

Ce modèle reconnaît la souffrance comme multidimensionnelle, affectant le soi, les gens aimés et la communauté. Il peut également être supposé que les motivations d'entamer un processus de résolution des problèmes de consommation soient plus variées que dans le modèle maladie, pour lequel le *bas-fond* constitue l'unique motivation possible. Selon Daisy et ses collaborateurs (1998) les facteurs aidants dans cette approche de réduction des méfaits sont : 1) le soutien de la famille, de la communauté et des fournisseurs de soins pour l'atteinte du but que l'individu s'est fixé par le biais de réponses non punitives, de soutien inconditionnel et du sentiment de responsabilité collective qui peut également être un facteur de motivation; 2) l'éducation continue et l'information; et 3) d'être perçu comme une personne responsable et compétente. Ces auteurs suggèrent aussi l'implication de la famille dans des activités de groupe, tels des cercles de discussion, tente suante et dans de grands événements communautaires où les valeurs traditionnelles autochtones sont supportées et vénérées.

Les méfaits de la consommation d'alcool dans les communautés autochtones sont considérables (Adrian et al., 1990-91). Il n'y a qu'à penser aux actes de violence,

d'agression sexuelle et de suicide sous l'effet de la désinhibition que procure l'alcool. Également, des études américaines montrent que le taux de placement d'enfants autochtones est de 5 à 20 fois supérieur à celui de la moyenne nationale. Bien que cette comparaison ne soit pas disponible à Mashteuiatsh, 37,5 % des signalements qui ont été retenus en 2004-2005 dans cette communauté avaient pour cause le mode de vie du gardien, la plupart du temps lié au problème de consommation de SPA (Conseil des Montagnais, 2005b). L'approche de la réduction des méfaits aiderait sans doute à diminuer les conséquences de la consommation et à maintenir une relation avec l'individu peu importe sa consommation. Lorsque prêt, celui-ci aurait moins de difficultés à aller chercher de l'aide, le lien étant déjà établi. Par contre, il est sans doute un peu idéaliste de croire que l'implication de la famille au niveau du changement comportemental de l'individu soit, dans tous les cas, un facteur aidant puisque ces familles sont souvent elles-mêmes aux prises avec plusieurs problèmes. En ce sens, Peterson et ses collaborateurs (2002), notent qu'il est important de bien évaluer les influences de la famille puisque celles-ci peuvent aider ou nuire au processus.

Approche holistique du centre Walgwan. Le centre Walgwan, en Gaspésie (Québec), est un centre à la fois de traitement d'abus de solvant et de réadaptation psychosociale pour les adolescents autochtones. Centrée sur les valeurs autochtones, cette approche n'admet pas la résolution des problèmes qu'en travaillant uniquement à éliminer le symptôme, mais insiste plutôt sur le développement de l'identité autochtone, telle qu'elle est conçue par la communauté d'appartenance du jeune. Un travail de réinsertion familiale et communautaire est également effectué dans la collectivité de

l'adolescent. La philosophie de ce modèle veut que le réel problème ne puisse être réglé qu'en s'adressant uniquement aux symptômes et qu'il faille plutôt agir, accompagner et soutenir le jeune dans toutes les dimensions de son vécu. Des interventions spécifiques à ce travail aident le jeune à développer l'estime de soi ainsi que des habiletés sociales et d'adaptation lui permettant de ressortir gagnant des situations difficiles.

Les jeunes ont accès à diverses ressources à travers leur séjour au centre, tant au niveau médical, psychosocial, scolaire, spirituel (aînés), communautaire (p. ex., ex-toxicomanes) que familial. De même, diverses activités sont offertes sur les plans physique (p. ex., activité d'information sur le maintien et rétablissement de la santé), cognitif (p. ex., tâches scolaires ajustées aux besoins du jeune), affectif (p. ex., exploration et expression de la souffrance à travers les entrevues individuelles, familiales et de groupe), social (p. ex., renforcement et développement d'habiletés sociales), communautaire (p. ex., développement de compétences de collaboration), culturel (développement de l'identité personnelle et culturelle à travers diverses activités telles que l'artisanat), moral (p. ex., développement de valeurs morales à travers la résolution de problèmes socio-moraux) et finalement, au plan spirituel (p. ex., exploration et développement des valeurs spirituelles autochtones) (Centre Walgwan, 2000).

Une des forces de ce traitement est certainement d'agir en conformité avec les valeurs du milieu du jeune et d'impliquer les membres de sa famille et de sa communauté au niveau de sa guérison. Par contre, la plupart des traitements en milieu interne offerts aux Autochtones sont situés à l'extérieur des communautés. Il peut alors y

avoir un plus grand risque d'isoler les problèmes du jeune alors que ceux-ci sont, en fait, interreliés à d'autres problématiques, notamment au niveau social et communautaire.

Modèle de guérison communautaire d'Alkali Lake. Parce qu'il semble que les traitements offerts aux Autochtones sont peu efficaces (Daisy et al., 1998), ce qui peut être attribuable autant aux difficultés rencontrées sur les réserves qu'au traitement lui-même, les courants actuels accordent plus d'importance aux approches communautaires (p. ex. Ellis, 2003). Ainsi, le modèle communautaire d'Alkali Lake (C-B) en est un bon exemple. Il a permis une évolution d'un taux de 100 % d'alcoolisme à 95 % de sobriété sur une période de 15 ans (1970 à 1985) (Ben, 1991). Ce modèle de guérison communautaire consiste en plusieurs activités : traitement résidentiel basé sur les Douze étapes, cercles de soutien social (groupes de partage entre femmes et d'autres entre hommes), Alateen, rencontres AA, pow wow, cérémonies de tente suante, groupes de chants et tamtam, groupes de survivants d'abus sexuel, intégration de leaders spirituels dans les traitements, activités orientées vers la famille qui se déroulent pendant toute l'année (Ben, 1991).

Méthodes de guérison traditionnelles utilisées à Mashteuatsh. Plusieurs méthodes de guérison traditionnelle sont pratiquées à Mashteuatsh dont la cérémonie de la tente suante, de la pleine lune, des premiers pas, le cercle de partage, le baptême traditionnel ainsi que les médicaments à base d'herbes médicinales. Le but de cette section n'est pas d'expliquer ces cérémonies en détail, mais plutôt de présenter la philosophie traditionnelle autochtone, telle que conçue par des hommes et femmes de médecine apprentis de Mashteuatsh. Comme expliqué précédemment, il y eut une discontinuité

culturelle sur environ deux générations à Mashteuiatsh et ce n'est que depuis le début des années 90 que ces cérémonies sont pratiquées ouvertement. Sept hommes et femmes de médecine apprentis (ou *leaders* spirituels) sont formés selon les enseignements provenant d'hommes et de femmes de médecine expérimentés qui proviennent souvent d'autres Premières Nations. Ceci peut expliquer que le déroulement de leurs cérémonies peut différer, mais le but ultime demeure le mieux-être individuel et collectif.

Bien qu'il ne s'agisse pas du seul type de cérémonies présentes à Mashteuiatsh, la cérémonie de la tente suante est une méthode de plus en plus utilisée par les Pekuakamiulnuatsh, entre autres, pour aider au processus de résolution d'une consommation problématique de SPA ou au maintien de la sobriété. Le but ultime de cette méthode de guérison, qui est basée sur la roue de médecine, est l'établissement ou le rétablissement de l'équilibre entre les aspects de la vie physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Le cercle de la vie, également nommé roue de médecine, est divisé en quatre quadrants par quatre lignes qui représentent les quatre directions ou points cardinaux (Sud, Est, Nord, Ouest). Ces quadrants symbolisent diverses instances : 1) physique; 2) émotionnelle; 3) mentale; et 4) spirituelle; les quatre périodes de la vie (enfance, jeunesse, maturité et vieillesse); les quatre races humaines (blanche, rouge, jaune et noire), les quatre éléments sacrés qui constituent la planète (eau, terre, feu et air); les quatre saisons (été, automne, hiver et printemps); les quatre styles de vie régissant une communauté (politique, économique, culturelle et sociale).

Selon une des femmes de médecine apprentie de cette communauté, le rétablissement de l'équilibre s'effectue, entre autres, par le développement des dons qui

appartiennent à chacune des quatre directions (points cardinaux) puisque, selon la croyance autochtone, pour être une personne accomplie, il faut développer ces quatre aspects (Bossum, 2001). L'individu qui chemine avec cette méthode de guérison, se positionne, à certains moments de sa vie, dans l'une des directions, cultivant les dons (ou les qualités) de celle-ci. Il est recommandé à l'individu de rester centré afin de maintenir un certain équilibre, ceci tout en travaillant chacune des directions. Les guides spirituels peuvent aider l'individu à ne pas « surdévelopper » une direction ou à ne pas en négliger une autre, ce qui provoquerait ainsi un déséquilibre.

Le changement est, quant à lui, basé sur la volonté qui est représentée par le centre de la roue de médecine. Ainsi, pour changer un comportement intérieur ou extérieur, l'individu doit : 1) se concentrer; 2) se fixer un but; 3) passer à l'action; 4) persévérer; et 5) compléter l'action entreprise (Boop, Boop, Brown, & Lane, 1984). Les changements sont habituellement abordés sur les quatre dimensions (physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) en travaillant les dons de ces quatre directions. Ces étapes très générales sont similaires à celles du MTTC de Prochaska et DiClemente (1983), mais le présent modèle ne vise pas à expliquer les étapes en détail considérant plutôt que ces changements intérieurs doivent se faire, à l'aide de la volonté, au niveau des quatre dimensions et ce, tout au long de la vie. La volonté et les cérémonies peuvent ainsi être considérées comme les facteurs majeurs aidants tout au long du processus de résolution.

À Mashteuiatsh, quelques *leaders* spirituels pratiquent la cérémonie de la tente suante pour aider à la guérison. Des discussions avec l'un d'eux ont permis de relever d'autres symbolismes liés à cette cérémonie (Launière, 2001). Ainsi, la tente suante,

considérée comme un lieu sacré de purification, de prières et de renaissance, a la forme du cercle de la vie. Sa construction diffère selon les Premières Nations et même, selon les enseignements des *leaders* spirituels. En général, il s'agit d'un dôme en forme d'igloo construit à l'aide de branches de saules et recouvert de la peau d'un animal ou de toile de tente. Au centre de la hutte, un trou est creusé. C'est à cet endroit sacré que les pierres, représentant les grands-pères et les grands-mères, sont déposées lors de la cérémonie. La tente représente le ventre d'une femme enceinte symbolisant le ventre de la *terre-mère*.

Au début de la cérémonie, les pierres sont chauffées à l'extérieur de la hutte et entrées généralement par multiple de quatre ou de sept dans la hutte puisqu'il s'agit de nombres sacrés dans les religions amérindiennes d'Amérique du Nord (Powers, 2000). Lorsque les pierres sont chauffées, celles-ci sont considérées vivantes (dans la croyance autochtone, toute chose a un esprit). Les vapeurs symbolisent la respiration des grands-pères et des grands-mères. Pendant la cérémonie, les pierres sont refroidies par l'eau pour accueillir les grands-pères. À la fin de la cérémonie, elles résonnent creux si elles sont frappées ensemble et ce phénomène est symbolisé par le départ des grands-pères et des grands-mères vers l'autre monde.

Plusieurs actes symboliques sont effectués tout au long de cette cérémonie à l'aide d'objets et d'éléments sacrés (p. ex., la terre, l'eau, le feu, la sauge, le cèdre, le foin d'odeur, le tabac, le calumet de la paix). Des chants ou des prières sont offerts aux quatre directions ainsi qu'aux grands-pères et aux grands-mères. Les dialogues avec les grands-pères et grands-mères, les chants et les prières, ainsi que l'expression d'émotions

sous diverses formes, font habituellement partie de ce rituel. Les émotions sont généralement libérées par les sept façons de guérir, selon la croyance autochtone, qui sont de : 1) parler; 2) rire; 3) pleurer; 4) crier; 5) suer; 6) trembler; et 7) écouter. *L'indiantime* est également accepté, c'est-à-dire que la durée de la cérémonie n'est pas planifiée.

Il pourrait être postulé que les facteurs aidant au processus de résolution sont, au niveau physique, la purification du corps par la sudation; au niveau mental et émotionnel, l'expression des émotions agissant comme une forme de catharsis, la réappropriation culturelle et spirituelle liée à l'apprentissage ou au réapprentissage des rituels ancestraux des Premières Nations ainsi que, de façon plus générale, la spiritualité qui agirait comme un facteur aidant. Faire une cérémonie de la tente suante est très exigeant à tous les niveaux. Ainsi, il pourrait être avancé que l'expérience de ce type de cérémonie où la volonté, la persévérance et la patience sont des habiletés qui doivent y être développées, peuvent être transférées aux changements subséquents.

À partir de cette recension des écrits auprès des sociétés non autochtones et autochtone et face au manque de données rétrospectives qui caractérisent le processus de résolution des problèmes de consommation des femmes autochtones, particulièrement à Mashteuiatsh, il est ici pertinent d'explorer les motifs, les stratégies et les ressources qui, chez les femmes pekuakamiulnuatsh devenues sobres, les ont aidées. Les questions suivantes sont donc à la base de ce projet :

- A) Selon les participantes, quels sont les motifs, raisons ou événements qui les ont motivées d'une part, à résoudre leur problème de consommation et, d'autre part, à maintenir leur sobriété?
- B) Quelles sont les stratégies qui leur ont permis, selon elles, d'arrêter ou de diminuer leur consommation de substances, d'une part, et d'autre part, quelles sont celles qui leur ont permis ou leur permettent toujours de maintenir leur sobriété?
- C) Quelles sont les ressources qui, selon elles, les ont aidées à devenir sobres et quelles sont celles qui les ont aidées ou les aident toujours à maintenir leur sobriété?

Méthode

Le présent chapitre comprend cinq parties, dont la description des participantes, une description sommaire des instruments de mesure et des aspects déontologiques de la recherche. Ensuite, seront présentées, les diverses étapes du déroulement de la collecte des données, ainsi que la démarche de l'analyse des données qualitatives.

Participantes

La population choisie provient de la communauté pekuakamiulnu de Mashteuiatsh. L'échantillon est composé de 13 femmes. Pour participer à cette étude, les femmes devaient répondre à trois critères, soit 1) avoir 15 ans ou plus; 2) être membre de la bande de Mashteuiatsh et résider dans cette communauté; et, 3) être sobre depuis au moins un an à la suite d'une consommation problématique de SPA. Outre le fait d'augmenter la crédibilité (*validité interne*) de l'échantillon en tentant d'obtenir la participation de femmes pekuakamiulnuatsh ayant une réalité commune, le choix de l'âge des participantes vise également une certaine conformité avec les autres études ayant eu lieu à Mashteuiatsh (p. ex., Couture, 1995). Pour sa part, le troisième critère (présenter une sobriété vis-à-vis des SPA depuis au moins un an) est suggéré par l'*American Psychiatric Association* (1994), puisque le facteur temps diminue les possibilités de rechute.

Treize femmes ont contacté la chercheuse et elles répondaient toutes à ces critères. Les participantes étaient âgées de 27 à 75 ans au moment de l'étude ($M=50$, $ET=13,99$). Et l'âge se répartit de façon assez homogène : la plus jeune participante ayant 27 ans;

trois autres étaient âgées de 30 à 40 ans; trois de 41 à 50 ans; trois de 51 ans à 60 ans; et finalement, les trois dernières étaient âgées de 61 à 75 ans. La majorité des participantes sont nées à Mashteuiatsh (ou à l'hôpital de Roberval) et ont été élevées à Mashteuiatsh même, à l'exception de trois d'entre elles (deux en territoire et une en ville). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 3,69 ($ET=2,69$) enfants et varie de 1 à 11 enfants. De même, sept des participantes parlent couramment le nelueun (langue montagnaise parlée dans cette communauté), mais toutes parlent également la langue française et ont accepté que les entrevues se déroulent dans cette langue.

Instruments

Deux types d'instruments de collecte de données ont été utilisés. L'administration du premier type d'instrument avait pour objectif de vérifier l'admissibilité à l'étude des femmes quant au troisième critère de sélection, c'est-à-dire d'être sobre depuis au moins un an à la suite d'une consommation problématique de SPA. Le deuxième type d'instruments consistait en une entrevue semi-structurée qui visait à recueillir les données qualitatives de l'étude.

Instrument de mesure de la consommation de SPA

Deux questionnaires ont servi à s'assurer que les participantes répondent aux critères de sélection. Il s'agit des versions françaises du *Michigan Alcohol Screening Test* (MAST) (Selzer, 1971) et du *Drug Abuse Screening Test* (DAST-20) (Skinner, 1982). Ils ont été utilisés pour évaluer, d'une part, la sobriété actuelle des femmes et, d'autre part, leur consommation problématique passée. Ces outils possèdent des qualités psychométriques éprouvées (Cocco & Carey, 1998; Horn et al., 1992; Ross, Gavin, &

Skinner, 1990) et leur version française a été utilisée auprès de sujets francophones de groupes culturels présentant des patrons de consommation différents de ceux observés dans la société occidentale (Annis, Herie, & Watkin-Merek, 1996; Horn et al., 1992). Un résultat de 4 ou plus, au DAST-20, a été utilisé pour dépister la consommation problématique passée de drogues, alors qu'un score inférieur à 4 indiquait la sobriété depuis la dernière année (Maisto, Carey, Carey, Gordon, & Gleason, 2000). Pour le MAST, un score de 8 ou plus a été utilisé pour dépister la consommation problématique passée et de 4 ou moins pour dépister la sobriété depuis la dernière année à l'égard de l'alcool (Horn et al., 1992). La validité de ces seuils s'avère satisfaisante étant donné leur capacité à discriminer une consommation problématique d'une consommation non problématique (Horn et al., 1992; Maisto et al., 2000).

Pour vérifier l'aspect *modéré* de la consommation, et pour ne pas se fier uniquement au critère subjectif des participantes présentant ce style de consommation, les critères de Sobell et al. (1992) ont été vérifiés. Ainsi, quelques questions à ce sujet ont été ajoutées au formulaire sociodémographique. Selon ces chercheurs, une consommation modérée sans risque pour les femmes, se définit par un maximum de deux consommations¹ habituelles par jour, à deux occasions, de cinq à sept consommations (allouées pour certains jours de célébration) et jamais plus de sept consommations.

Afin de permettre l'émergence des spécificités culturelles, une entrevue semi-structurée a été choisie comme principal outil de collecte d'informations. Ce type

¹ Une consommation consiste en une bouteille de bière standard, une coupe de vin ou une once de spiritueux.

d'entrevue comprend des questions précises ouvertes (thèmes structurés) et le chercheur peut envisager de nouvelles questions (thèmes ouverts) lorsqu'il les considère contributives à la compréhension de l'objet de la recherche. De plus, l'aspect structuré comprend trois thèmes (motifs, stratégies et ressources) aidant le processus de résolution de la consommation problématique de SPA et du maintien de la sobriété, selon ces participantes.

Selon Poupart et ses collaborateurs (1997), il est préférable, pour reproduire le véritable point de vue des participants, d'éliminer le choix du type d'entretien. À ce sujet, l'étudiante-chercheuse a fait preuve de souplesse quant à l'idée de semi-directivité ou de non-directivité, en s'assurant toutefois que les trois thèmes aient été abordés. Ces auteurs insistent également sur le rôle qu'a l'intervieweur de mettre les participants à l'aise par ses interventions. En effet, comme le rappelle Kenny (2004) les participants peuvent décider des renseignements qu'elles communiqueront si elles ressentent que leurs points de vue sont valorisés et respectés. À cet égard, l'étudiante-chercheuse, qui a une formation clinique en psychologie, a fait preuve d'empathie en utilisant, entre autres, des techniques de reflets, de reformulation, de spécification et d'écoute active, afin de favoriser l'émergence des contenus. De plus, au même titre que Smith (1987, 1992) considère les femmes plus aptes à comprendre ce que les femmes vivent, le fait que l'étudiante-chercheuse soit elle-même une femme pekuakamiulnuatsh a pu non seulement mettre plus à l'aise les participantes lors des entrevues (Poupart et al., 1997) mais a également pu aider à favoriser la compréhension de leurs expériences.

Aspects déontologiques

Les aspects déontologiques de cette recherche ont été approuvés par le Comité institutionnel de déontologie de la recherche (CIDRE) de l'Université du Québec à Chicoutimi (Appendice A). Le Conseil des Montagnais du Lac-St-Jean a également approuvé la présente recherche et a fourni l'autorisation, à l'étudiante-chercheuse, d'effectuer cette étude au sein de la communauté. Plusieurs précautions déontologiques ont été mises de l'avant pour mener à bien cette étude.

Notamment, un formulaire de consentement, conforme aux normes des trois Conseils (IRSC, CRSNG, & CRSH, 1998) a été lu et expliqué à chaque participante afin de respecter un principe d'éthique et d'obtenir un consentement éclairé (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin., 1996; Muchielli, 1996). Ce document, présenté à l'Appendice B, visait à présenter aux participantes les buts de la recherche et à les informer que l'anonymat serait respecté, qu'elles pouvaient se retirer en tout temps sans justification, qu'elles acceptaient de participer à l'étude et d'être enregistrées. Enfin, il était aussi mentionné, qu'en cas d'inconfort, elles pouvaient contacter l'étudiante-chercheuse qui les aurait alors référées, au besoin, à une ressource professionnelle disponible. Il leur était aussi mentionné qu'elles pouvaient discuter des questions d'ordre déontologique avec le secrétaire général de l'UQAC et son nom et numéro de téléphone leur étaient fournis.

Les informations recueillies lors des entrevues (cassettes et questionnaires) ont été entreposées dans un classeur sous clef. Les formulaires de consentement ont été, quant à eux, localisés dans un autre classeur également sous clef afin d'assurer un maximum de

sécurité. Seule l'étudiante-chercheuse possède une clef de ces classeurs. De même, un mot de passe, que seule l'étudiante-chercheuse détient, donne accès aux données informatisées anonymes. De plus, les noms des participantes ont été remplacés par des numéros.

Les entrevues auraient pu amener des prises de conscience ou rappeler des souvenirs douloureux vécus lors du processus de résolution et, ainsi, produire un inconfort chez les participantes. Il s'agissait, toutefois, d'un risque minime puisque ces femmes étaient sobres depuis au moins un an, au moment du recrutement, et que la recherche porte sur ce qui a aidé à mettre fin à leur consommation problématique, ce qui est généralement source de fierté. Cependant, des précautions ont tout de même été prises et une entente a été conclue avec le Conseil des Montagnais afin qu'un intervenant des Services sociaux de Mashteuiatsh demeure disponible pour rencontrer des participantes si un tel inconfort survenait.

De plus, l'étudiante-chercheuse est habilitée à bien orienter les participantes en cas d'une crise sociale quelconque puisqu'elle est formée en intervention de crise dont la prévention suicidaire et, possédait trois ans d'expérience dans la même communauté à titre d'intervenante sociale, au moment de la collecte de données.

Aucune crise n'est survenue pendant les entrevues. Par contre, trois participantes ont décidé d'amorcer un processus de cheminement personnel, ayant pris conscience qu'elles vivent toujours dans des conditions d'adversité.

Déroulement de la recherche

L'échantillonnage de cette étude est basé sur le critère de *compétence* puisque les femmes devaient répondre à certains critères préétablis (Lessard-Hébert, et al, 1996). La période de recrutement ainsi que la collecte des données s'est déroulée sur 14 mois, soit du mois de décembre 2003 au mois de janvier 2005. Afin d'informer l'ensemble de la population de Mashteuiatsh des objectifs de cette étude et de recruter les femmes correspondant aux critères de la recherche, plusieurs stratégies ont été mises en place. Une entrevue à la radio communautaire de Mashteuiatsh a été réalisée, des affiches ont été placées dans les endroits publics de cette communauté, une lettre a été envoyée à toute la population de Mashteuiatsh, en français et en nelueun (Appendice C), une rencontre avec un groupe d'aidants naturels de la communauté a eu lieu et un dépliant écrit en français et en nelueun a également été posté à toute la population afin de rappeler l'étude en cours et d'inviter les femmes correspondant aux critères de l'étude à y participer (Appendice D). Le tableau 1 résume les façons dont les participantes ont été informées de la tenue de cette étude.

Les femmes ont manifesté leur intérêt pour l'étude en téléphonant ou en se présentant au bureau de l'étudiante-chercheuse. Ce contact avait pour objectifs d'expliquer les buts et le déroulement de l'étude, de vérifier leur admissibilité et de planifier un premier rendez-vous. Ce premier dialogue a fourni assez d'informations aux participantes pour qu'elles puissent se préparer à l'entrevue et améliorer la validité interne des données (Van der Maren, 1996).

Tableau 1

Répartition du mode de recrutement de l'étude

Mode de recrutement	<i>n</i>
Informée par l'une des quatre stratégies de recrutement suivantes : entrevue à la radio, envois postaux, affiches dans les endroits publics, rencontre d'un groupe d'aidants naturels	7
Informée par une tierce personne	4
Boule de neige	2

Cette première entrevue a duré de 90 minutes à 6 heures, selon les participantes, et s'est déroulée dans le cas de quelques participantes en deux rencontres. Ces rendez-vous ont eu lieu, soit au bureau de l'étudiante-chercheuse, soit au domicile de la participante. Lors de la première rencontre, un formulaire de consentement a d'abord été signé, puis la participante répondait à un formulaire sociodémographique, comprenant également quelques questions sur son profil de consommation passé et présent (Appendice E). Étant donné que plusieurs des participantes ne savaient ni lire, ni écrire, les questionnaires ont été administrés de façon orale par l'étudiante-chercheuse. Le MAST et le DAST-20 (Appendice F) ont ensuite été administrés pour la période de consommation problématique d'alcool et de drogues et ré-administrés pour évaluer le niveau de consommation de ces substances pour l'année précédant cette entrevue. Finalement, les entrevues, réalisées avec chaque participante, ont été enregistrées sur bande audio. Le guide de cette entrevue semi-structurée est présenté à l'Appendice G.

À la fin de cette entrevue, la participante était invitée à référer d'autres femmes correspondant aux critères de l'étude (échantillonnage de type boule de neige) et quelques formulaires de référence lui étaient remis (Appendice H). Le but de ce formulaire visait à ce que l'étudiante-chercheuse obtienne la permission d'entrer en contact avec la personne référée. Chacune des femmes référées a ensuite été contactée afin de lui expliquer davantage la recherche et les critères d'éligibilité, de l'inviter à y participer et, si elle accepte, de prendre un premier rendez-vous.

À la suite de cette phase de collecte de données, une synthèse de l'entrevue a été préparée et un deuxième rendez-vous a été planifié afin de permettre à chaque participante de prendre connaissance des éléments retenus de la première entrevue et de lui donner la possibilité de valider, nuancer, modifier ou compléter le contenu. Un extrait de cette synthèse est illustré à l'appendice I. La durée de ces entrevues était habituellement moins longue, soit environ 45 minutes à une heure.

Analyse des données qualitatives

Tout d'abord, l'enregistrement audio de chaque entrevue initiale a été écouté et résumé sous la forme d'un tableau-synthèse comprenant les trois thèmes structurés de l'entrevue (motifs, stratégies et ressources pour les phases de la résolution et du maintien). De même, à l'aide du formulaire sociodémographique, une ligne de vie concernant les périodes de consommation problématique et de non-consommation, les types de SPA consommées de façon problématique, ainsi que les services utilisés, a été conçue à cette étape. Dans un souci de validité, mais également pour offrir aux participantes la possibilité de valider, nuancer, modifier ou compléter l'entrevue initiale,

une seconde rencontre a eu lieu avec chaque participante. Cette technique de triangulation indéfinie est recommandée par Poupart et ses collaborateurs (1997) afin de s'assurer de la validité des données. À la suite de cette rencontre, l'écoute des enregistrements audio a permis de modifier et compléter chaque tableau-synthèse et ligne de vie en fonction des nouveaux contenus.

Afin de comparer les thèmes entre chacune des participantes et d'avoir un suivi quant à la saturation des trois principaux thèmes de l'entrevue, les contenus des tableaux-synthèses ont servi à former un autre type de tableau. Ainsi, trois tableaux, permettant une lecture horizontale, ont été formés soit : 1) les motifs, raisons ou événements; 2) les stratégies; et 3) les ressources aidant le processus selon l'ensemble des participantes. Un extrait de ces tableaux est présenté à l'Appendice J.

En parallèle à ces démarches, les enregistrements audio des entrevues initiales ont été transcrits intégralement et vérifiés afin de favoriser la fidélité des résultats (Van der Marren, 1996). Ces transcriptions ont donné un total de 646 pages de matériel brut. Une analyse des contenus manifestes, de type thématique (*réponses verbalisées aux questions spécifiques sur l'objet de recherche*), a été effectuée sur la base d'un codage mixte (*grille d'entrevue*), tel que recommandé par Huberman et Miles (1991), afin d'obtenir une définition systématique, mais non exhaustive du phénomène.

Plus précisément, cette analyse s'est faite en plusieurs étapes. D'abord, une lecture verticale des premiers *verbatim* a permis de repérer et souligner des passages correspondant aux thèmes de l'étude. Ensuite, un premier codage systématique a été réalisé sur les premiers *verbatim*s. Ce codage avait pour objectif d'extraire les contenus

manifestes concernant chacun des trois thèmes (motifs, stratégies et ressources). Une lecture horizontale des *verbatim* a permis d'identifier les différences et facteurs communs entre les participantes. Ainsi, six documents¹, comprenant les extraits de *verbatim*, ont été conçus. La comparaison de ces extraits avec les tableaux-synthèses réalisés précédemment a permis de s'assurer de la fidélité de ces données. Un extrait d'un de ces documents est présenté à l'Appendice K.

Dans un deuxième temps, les extraits de chacun de ces documents ont été repris, document par document, et condensés de façon inductive (Miles & Huberman, 1984), c'est-à-dire que les passages significatifs ont été regroupés en codes. À cette étape, un codage inverse (*du code aux extraits*) inter-codeurs a été réalisé et la grille de codage a été ajustée par l'étudiante-chercheuse. Cette version de la grille de codage mixte a servi pour continuer la codification de la suite des extraits de *verbatim*. Comme l'étude est exploratoire, cette grille demeurait souple et ouverte permettant, ainsi, la modification ou l'émergence d'autres codes (Boutin, 2000).

Au fur et à mesure de l'avancement de l'analyse, des liens ont été établis entre les codes, formant ainsi des catégories puis des méta-catégories (Boutin, 2000; Van der Maren, 1996). Un lexique comprenant la description des catégories à l'intérieur des méta-catégories a également été produit. Dans le but de contrôler les biais possibles

¹ Ces documents font état des significations et perceptions que les femmes ont des : 1) motifs, raisons ou événements motivant la décision de diminuer ou d'arrêter sa consommation problématique de SPA; 2) motifs, raisons ou événements motivant le maintien de la sobriété; 3) stratégies ou moyens aidant la résolution de la consommation problématique de SPA; 4) stratégies ou moyens aidant le maintien de la sobriété; 5) ressources aidant la résolution de la consommation problématique de SPA; 6) ressources aidant le maintien de la sobriété.

de l'étudiante-chercheuse, des codages inverses intra-codeur et inter-codeur ont été réalisés à différents moments, tout au long du processus d'analyse.

Afin de donner un sens plus large aux données, une synthèse des regroupements des catégories en méta-catégories a été effectuée sous la forme d'un *arbre des codes* ou de tableaux résumés pour chacun des quatre principaux thèmes de la recherche. Un extrait est présenté à l'Appendice L. Cette technique est recommandée par Miles et Huberman (1991).

Résultats

Ce chapitre est composé de deux sections. La première consiste en la présentation des profils de consommation et de services utilisés par les participantes, tandis que la deuxième aborde les résultats des analyses qualitatives.

Profil de consommation des participantes

Les substances utilisées de façon problématique sont non seulement choisies en fonction de l'effet recherché, mais également en fonction de leur disponibilité sur le marché. Plusieurs des participantes ont mentionné avoir consommé d'autres drogues de façon occasionnelle, tels les *speeds* (amphétamines), le *LSD* (diéthylamide de l'acide lysergique), la cocaïne, les *champignons magiques* (psilocybine), sans pour autant, selon elles, les consommer de façon problématique. Seuls les processus de résolution des substances dont la consommation était considérée problématique par les participantes ont été retenus aux fins de cette étude. Toutes les femmes disent avoir développé une dépendance à l'alcool et huit d'entre elles ont affirmé avoir aussi présenté une consommation problématique de multiples autres drogues, soit d'une à quatre SPA (voir Tableau 2). Chacune de ces substances est ensuite abordée en fonction de son principal effet sur le système nerveux central (SNC), soit en tant que dépresseur, perturbateur ou stimulant. Le Tableau 3 résume, quant à lui, les différentes caractéristiques de la consommation de chacune des SPA utilisées de façon problématique selon la perception des participantes.

Tableau 2

Types de SPA consommées de façon problématique par les participantes (N=13)

Types de substances consommées de façon problématique	<i>n</i>	%
Alcool uniquement	5	38,5
Alcool et autres SPA	8	61,5
Alcool / médicaments	2	
Alcool / solvants	1	
Alcool / PCP	1	
Alcool / solvants / cannabis	1	
Alcool / cocaïne / <i>champignons magiques</i>	1	
Alcool / solvants / cannabis / cocaïne	1	
Alcool / cannabis / PCP / cocaïne / médicaments	1	

Dépresseurs du SNC

Les dépresseurs du SNC ont un effet sédatif puisqu'ils diminuent l'activité cérébrale et le niveau d'éveil du consommateur (Léonard & Amar, 2002). Ces substances consommées de façon problématique, selon les participantes, sont l'alcool, les médicaments psychoactifs ainsi que les solvants. Chacune de ces substances est décrite ci-dessous.

Toutes les participantes affirment avoir eu une consommation problématique d'alcool dont la période d'utilisation problématique a varié de 7 à 21 années. La moyenne de la durée de cette consommation est de 12,92 années ($ÉT=4,17$). Deux des participantes disent avoir présenté des périodes d'intermittence d'utilisation problématique et d'arrêt de consommation. La moyenne de la durée de sobriété depuis l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool est de 14,92 années ($ÉT=9,78$).

Tableau 3

Caractéristiques de la consommation de SPA des participantes

	Dépresseurs du SNC			Perturbateurs du SNC			Stimulant du SNC
	Alcool <i>n</i> =13	Médicaments psychoactifs <i>n</i> =3	Solvants <i>n</i> =3	Cannabis <i>n</i> =3	<i>PCP</i> <i>n</i> =2	Champignons magiques <i>n</i> =1	Cocaïne <i>n</i> =3
Âge du début de la consommation problématique	De 12 à 27 ans	De 23 à 30 ans	De 9 à 20 ans	De 13 à 16 ans	De 28 à 40 ans	15 ans	De 13 à 18 ans
Durée de la consommation problématique	De 7 à 21 ans	De 7 à 16 ans	De 3 à 9 ans	De 8 à 21 ans	1 an	8 ans	De 6 à 21 ans
Durée de la sobriété	De 1 à 32 ans	De 1 à 23 ans	De 15 à 26 ans	De 1 à 12 ans	De 5 à 9 ans	14 ans	De 1 à 14 ans

Quatre des participantes ont moins de 10 années de sobriété, dont 3 ont moins de 5 années. Depuis les 12 derniers mois, 12 des 13 femmes se disent complètement abstinentes.

Trois des participantes jugent avoir présenté une consommation problématique de médicaments psychoactifs. Ces SPA, habituellement prescrites par un médecin, agissent sur le psychisme pour faire disparaître une souffrance telles l'anxiété, l'angoisse, des insomnies, la dépression, les psychoses (Comité permanent de lutte contre la toxicomanie, 2002). Les médicaments pour lesquels les femmes disent avoir développé un problème sont des antidépresseurs, des somnifères, des anxiolytiques et des tranquillisants. La durée de leur consommation problématique varie de 7 à 16 années. La consommation de ces substances a débuté de 1 à 10 ans après le début du problème d'alcool, à l'exception d'une participante qui a surconsommé (alcool et médicaments ensemble) à la suite du décès de son jeune enfant. Deux des participantes ont résolu cette problématique depuis plus de 20 ans et l'autre, depuis un an.

Les solvants sont, quant à eux, des produits chimiques composés à partir de produits pétroliers. Ce sont des substances volatiles qui s'évaporent rapidement à la température ambiante. Les solvants provoquent des effets psychotropes rapides et de courte durée, semblables à ceux de l'alcool, tels que la levée des inhibitions, la perte de concentration et de l'élocution (Hervé, 2002). Plusieurs études (p. ex., Scheid & Olaçabal, 1994) trouvent que l'abus de solvants est fréquent dans les communautés autochtones à cause de leur grande disponibilité et de leurs bas coûts. Les solvants qui ont été utilisés, de façon problématique selon trois des participantes, sont la colle, le

dissolvant à ongle et l'essence. Pour deux des trois femmes, la consommation a débuté tôt, soit à 9 et 15 ans et s'est terminée après 3 années de consommation pour être ensuite remplacée par l'utilisation d'autres substances, telles que le haschisch et la cocaïne. Pour l'autre participante, cette consommation a débuté à l'âge de 20 ans et s'est poursuivie jusqu'à 29 ans. Toutes les trois sont sobres depuis au moins 15 ans.

Perturbateurs du SNC

Ces substances, aussi nommées hallucinogènes ou substances psychodysléptiques, ont pour conséquence d'altérer les fonctions cérébrales, la perception, l'humeur ou les processus cognitifs du consommateur (Léonard & Amar, 2002). Le cannabis, le *PCP* et les *champignons magiques* sont des substances pour lesquelles plusieurs femmes de l'échantillon disent avoir développé une dépendance.

Le cannabis est une drogue facile d'accès, peu coûteuse, dont l'agent psychoactif est le tétra-hydrocannabinol, nommé communément le THC. Cet agent se retrouve en différentes concentrations selon qu'il s'agit de la marijuana ou de haschisch. Ce dernier contient généralement un taux de 5 à 10 % supérieur à celui de la marijuana. L'effet psychoactif consiste habituellement en des modifications de la perception espace/temps, l'excitation intellectuelle avec dissociation des idées, des rires non motivés ainsi que des illusions pouvant aller jusqu'aux hallucinations (Hervé, 2002; Reynaud, 2004). Trois des participantes disent avoir consommé du cannabis (marijuana ou haschisch) de façon problématique. La durée d'utilisation problématique a varié de 8 à 21 années. Ces trois femmes ne consomment plus cette substance depuis 1, 3 et 12 années et, dans chacun des cas, la consommation a débuté à l'adolescence, soit à 13 et 16 ans.

Le *PCP* (phencyclidine) est, quant à lui, une drogue synthétique pouvant être administrée par voie orale, *sniffée*, fumée ou même injectée. Ce sont les effets hallucinogènes, anesthésiques, analgésiques ou stimulants qui sont recherchés par l'utilisation de cette substance. Son degré de toxicité est très élevé et peut entraîner de graves effets secondaires. En d'autres mots, la différence entre la dose où le consommateur vit un effet hallucinogène agréable et celle dont il perd la maîtrise de son état est très faible (Léonard & Amar, 2002). Deux des participantes ont utilisé cette substance de façon problématique sur une période de près d'un an et elle avaient alors 28 ans 40 ans. Bien que consommé sur une courte période, les conséquences furent importantes pour ces femmes. Leur mode d'utilisation était l'inhalation.

En ce qui concerne les *champignons magiques* (psilocibyne), ils peuvent être mangés frais ou séchés, mais aussi *sniffés* ou même fumés. Les effets consistent en une altération de la perception des couleurs, du temps, de l'espace, du jugement et en des rires incongrus (Léonard & Amar, 2002). Des changements d'humeur et des hallucinations peuvent être présents et des expériences religieuses ou mystiques sont souvent rapportées. Une seule participante mentionne son utilisation problématique sur une période de 8 années soit de l'âge de 15 à 23 ans.

Stimulants du SNC

Cette classe de substances a pour effet de stimuler le SNC du consommateur. L'activité du cortex et le niveau d'éveil augmentent et le consommateur devient alors plus énergique et alerte (Léonard & Amar, 2002). Les principales substances stimulantes pour lesquelles des participantes disent avoir développé une consommation

problématique consistent en la cocaïne et la nicotine. Bien que le tabac n'ait pas été répertorié au moment de la passation du questionnaire sociodémographique, deux femmes ont discuté, lors de leur entrevue, de ce qui a aidé à résoudre la consommation problématique de cette substance.

La cocaïne, stimulant physique et intellectuel, augmente la résistance à l'effort et la vigilance ainsi que le sentiment de penser plus efficacement. Généralement, la cocaïne est *sniffée*, mais elle peut également être fumée sous forme de *crack* ou prise par injection. Ces deux derniers modes de consommation accentuent la rapidité des effets étant donné que les agents actifs de la substance se rendent plus rapidement au SNC (Hervé, 2002). Trois des participantes ont utilisé cette substance de façon problématique par inhalation et deux d'entre elles l'ont fumée également. La durée de l'utilisation problématique a varié de 6 à 21 années. Pour ces femmes, cette consommation problématique a débuté à l'âge de 13 à 18 ans.

Profil des services

Pour ce qui est du profil des services utilisés par les participantes, la majorité d'entre elles ont participé à un traitement interne. Plusieurs types de traitement peuvent être utilisés par les Autochtones. Le programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues (PNLAADA) chez les Autochtones est subventionné par Santé Canada et a pour but d'aider les Premières Nations et les Inuits à concevoir et à mettre en œuvre des programmes afin de réduire l'alcoolisme et la toxicomanie dans les communautés. Il existe six centres de traitement gérés par des Autochtones dans la province de Québec. Parmi ceux-ci, deux ont été utilisés par les participantes. Il s'agit du centre Wapan à

La Tuque, créé en 1990 où la thérapie s'effectue en langue française, et du centre Miam Uapukun, à Maliotenam existant depuis 1991, dont les traitements se déroulent principalement en langue ilnu.

Le centre Kutikuniu, situé à Moisie sur la Côte-Nord, est aussi un centre autochtone disponible depuis 2002 qui a été utilisé par une participante lors de la phase maintien. Ce traitement s'adresse aux Autochtones victimes d'abus physiques et sexuels, ayant une problématique d'alcool ou de drogues ou simplement, voulant faire un processus de croissance personnelle. La thérapie est basée sur des méthodes ancestrales de guérison autochtone. Les partenaires financiers sont le Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada (MAINC) ainsi que Santé Canada.

Deux centres de traitement du réseau public provincial ont également été utilisés. Il s'agit du centre de réadaptation Saint-Antoine, situé à l'hôpital de Roberval (ville voisine de Mashteuiatsh) et de la Maison l'Autre Toi, centre qui n'existe plus aujourd'hui.

Finalement, des centres privés ont été utilisés par quatre participantes. Lorsqu'un tel traitement est choisi, il est défrayé par la participante ou par un programme spécial de Santé Canada. L'Autochtone ne peut avoir accès au financement de ce dernier programme qu'à la condition qu'il ne puisse pas être desservi par les réseaux de traitement PNLAADA ou public provincial, soit pour des raisons de disponibilité du traitement au moment opportun ou parce que l'orientation du programme ne convient pas, notamment à cause de conditions médicales spécifiques. Le Tableau 4 présente les

Tableau 4

Traitements internes utilisés par les participantes

Centres de traitement	Lieu	Type	Fréquence d'utilisation
<u>Phase résolution de la consommation</u>			
Centre de réadaptation Wapan	La Tuque	Autochtone	4
Centre de réadaptation St-Antoine	Roberval	Public	3
Maison de Thérapie L'Autre Toi	St-Félicien	Public	1
Villa Ignatia Inc.	Québec	Privé	1
Maison l'Entre-Temps	Ste-Béatrix	Privé	1
Résidence Le Portail	St-Augustin	Privé	1
Pavillons du Nouveau Point de Vue Inc.	Varenes	Privé	1
<u>Phase maintien de la sobriété</u>			
Centre de réadaptation St-Antoine	Roberval	Public	4
Centre de guérison traditionnelle Kutikuniu	Moisie	Autochtone	1
Centre de réadaptation Wapan	La Tuque	Autochtone	1
Centre Miam Uapukun	Maliotenam	Autochtone	1

fréquences d'utilisation de chacun des centres de traitement lors de la phase résolution et de maintien des participantes.

Outre les traitements internes, les groupes d'entraide ont souvent été utilisés, particulièrement, les AA. En effet, 10 des femmes ont participé régulièrement aux AA pendant la phase résolution et 11 pendant la phase maintien. Les NA ont aussi été une ressource, mais dans une moindre mesure puisque trois femmes participaient à ces *meetings* lors de la phase résolution et une lors de la phase maintien.

D'autres services publics ou communautaires ont aussi été utilisés. Ils sont énumérés dans le Tableau 5.

Tableau 5

Autres aides thérapeutiques utilisées

Autres aides thérapeutiques	Fréquence d'utilisation
<u>Phase résolution de la consommation problématique</u>	
Hospitalisation pour problème relié à la consommation (tentative de suicide précédant la décision de changer)	3
Désintoxication physique ou psychologique (Séjour ou hôpital)	4
Psychothérapie avec psychologue	3
Suivi psychosocial externe avec professionnel	1
Ateliers de croissance personnelle	4
4 & 5 aux Alcooliques anonymes	1
Institut de valorisation humaine	1
Programme « Voler de ses propres ailes »	1
Intériorité Plus	1
<u>Phase maintien de la sobriété</u>	
« 4 & 5 » à Wapan	1
« Intensif » au Lac Bouchette	1
Programme « Voler de ses propres ailes »	1
Psychothérapie avec psychologue	1
Suivi psychosocial externe avec professionnel	2

Résultats des analyses qualitatives

La prochaine section présente les résultats de l'analyse qualitative, en trois rubriques. Il s'agit des trois thèmes de cette étude qui permettent de répondre aux trois questions de la recherche. Premièrement, les motifs, raisons et événements motivant la résolution du problème de consommation sont présentés en deux parties soit : 1) ceux qui ont motivé la résolution du problème de consommation et 2) ceux qui ont motivé le maintien de la sobriété. Tout comme pour les motifs, le deuxième thème, c'est-à-dire les stratégies aidantes, que ces femmes disent avoir utilisées, sont également présentées en

deux parties, soit celles déployées lors de la phase résolution et celles utilisées lors du maintien. En ce qui a trait au troisième thème, soit les ressources qui ont aidé les participantes, elles sont pour leur part présentées en une seule section, c'est-à-dire tout au long de leur processus de résolution.

Les raisons, motifs et événements que les participantes invoquent sont ici regroupés en sept méta-catégories qui ont motivé l'arrêt ou la diminution de la consommation de SPA, ainsi qu'en six qui ont motivé le maintien de leur sobriété. Il est possible de se référer aux arborescences des codes, catégories et méta-catégories à l'Appendice L.

Motifs, raisons ou événements ayant motivé la résolution

de la consommation problématique de SPA

Lorsque les femmes rencontrées parlent des raisons, motifs et événements qui ont motivé le changement de leur style de consommation, leur discours traite des phénomènes psychosociaux. Même si le contexte de ces motifs est particulier à chacune d'entre elles, l'analyse a permis de les organiser en sept méta-catégories. Les trois plus partagées par les femmes sont : le mal-être intérieur, la prise de conscience et l'influence de personnes significatives (surtout des enfants). Les aspirations, les ultimatum, le fait de ne plus avoir l'effet escompté de la consommation et finalement, la réappropriation et la réaffirmation de son identité culturelle autochtone sont également des raisons données par les femmes pour amorcer un processus de résolution.

Ce qui semble d'abord émerger du discours des femmes est la très grande souffrance que la consommation de SPA a amenée ou a amplifiée. Ainsi, préalablement

au changement, la quasi-totalité des participantes explique avoir ressenti une souffrance psychique que certaines qualifient d'un *mal de l'âme*.

Mal-être intérieur

Ce mal-être intérieur constitue la première méta-catégorie de motifs et se définit par une souffrance intérieure significative ressentie par la femme, préalablement au changement. Des émotions désagréables, telles la culpabilité, la honte et diverses peurs, sous-tendent souvent ce mal-être intérieur. Mais ce qui semble le caractériser davantage est ce que les femmes nomment le *bas-fond* ($n=11$).

Le *bas-fond* est un terme emprunté aux AA. Il peut se décrire par un état de délabrement physique, mental, émotionnel et spirituel amenant souvent la femme à une importante crise suicidaire. Certaines participantes, qui expliquent avoir vécu un *bas-fond*, mentionnent qu'il faut qu'elles touchent le fond pour avoir le goût de remonter. Lorsque les participantes parlent de leur *bas-fond*, elles décrivent souvent certains symptômes. Ces symptômes ou caractéristiques qui émergent de l'ensemble des discours des participantes consistent, entre autres, à se sentir dans la noirceur, à être isolée, à ne plus être capable de dormir, à ne plus être capable de consommer, à ne plus se laver, à ne plus s'occuper de ses enfants, à présenter d'importants *blackouts*¹, à faire des choses regrettables qu'elles n'auraient pas faites sobres, à être dans un état d'intoxication aiguë depuis plusieurs semaines, à présenter un *delirium*² et, même, à vouloir mourir. Bien que ces symptômes caractérisent souvent le *bas-fond* dans les récits

¹ Le *blackout* est un terme anglais se traduisant par trou de mémoire ou épisode de voile noir. Il s'agit d'une incapacité à se souvenir de certains faits vécus pendant l'intoxication (Goodwin & Gabrielli, 1997).

² Le *delirium* est un état de délire. Dans ces cas-ci, ils sont dus à l'intoxication par une ou plusieurs SPA. (Léonard & Amar, 2002)

des participantes, ce phénomène s'explique différemment d'une femme à l'autre. Les extraits suivants illustrent comment trois participantes décrivent leur *bas-fond*:

Quand j'ai arrêté, d'abord j'étais malade, je voulais mourir. [...] Là j'étais plus capable de boire *pantoute*! Ah non! J'étais au coton, j'étais à terre là! Ah oui! Là j'étais rendue là spirituellement et physiquement malade là! J'attendais la mort!

Bien moi quand je buvais là, bien la dernière brosse que j'ai pris bien ça faisait deux semaines que j'avais pris un coup. [...] Je m'occupais plus de mes enfants, j'avais plus personne. Mon conjoint bien je l'avais plus vu, je sais pas où il était rendu. [...] En tous les cas, le matin là ça rentrait plus et je *shakais* là. Mais c'était ma dernière brosse. Je *shakais* et j'étais toute seule dans la maison. [...] Et là vers 4 heures du matin là, j'étais plus capable de dormir. [...] Bien là j'ai dit *ouin* je le sais, c'est pas une vie! En plus, ça faisait deux semaines que je m'étais pas lavée. Ça faisait deux semaines que je m'occupais plus de mes enfants. [...] et je *shakais* pas mal, j'avais de la misère même à m'habiller là. [...] Et j'ai dit au bon Dieu... si je suis pour vivre de même, viens me chercher. Je suis plus capable de vivre de même.

Ça m'a amenée ça aussi à, mettons ça m'a aidée beaucoup à toucher mes *bas-fonds*, [les] médicaments. Dans le sens que ça m'a amenée à des *blackouts* par moment. Ça m'a amenée, un jour à poser des gestes [illégaux] que je me rappelais même plus. Le matin là *tsé* je me lève et il y a une caméra d'un bord, les polices sont là et : Bougez plus! [...] Et là ça fait comme : Qu'est-ce qui se passe là? *Tsé* je suis tu en train de rêver *tsé*? Ça m'amenait des *blackouts* les médicaments. C'est mon *bas-fond*.

Parmi toutes les femmes ayant décrit leur *bas-fond*, seulement une a affirmé ne pas avoir pensé à mettre fin à ses jours. La crise suicidaire semble donc un phénomène accompagnant la plupart du temps le *bas-fond*. Une crise suicidaire est un processus où l'idée du suicide prend progressivement de l'ampleur et devient la solution ultime, pour mettre fin à une souffrance qui est perçue comme intolérable. Les femmes qui abordent ce thème disent avoir tenté ou planifié de se suicider parfois simplement en se laissant mourir comme l'a expliqué une des participantes plus haut. Les extraits suivants illustrent, quant à eux, une tentative de suicide et la planification d'un suicide.

Moé, j'ai vraiment, j'étais rendue dans la noirceur, tout était noir à *l'entour de moé* puis j'ai fait quatre tentatives de suicide. Puis la dernière, c'était le temps que la police passe la porte parce que j'y passais. J'étais toute déjà bleue à *l'entour*. [...] y avait une lumière, mais comment faire pour aller chercher cette lumière-là. *Tsé*, je marchais mais y avait tout le temps un obstacle que j'étais pas capable de me rendre où ce que je voulais me rendre. Ça fait que y avait tout le temps un blocage. Puis quand j'ai connu tout ce que j'ai dit là là, j'ai été capable d'aller chercher cette lumière-là. Avec mes quatre tentatives de suicide pas réussies-là.

J'étais tellement malade à boire là que je voulais en finir avec ma vie. J'étais sur le point de me suicider. [...] J'avais tout préparé, installé mes enfants, où les placer [...] J'étais complètement seule à la maison. [...] J'étais prête à l'action. [...] Bien je suis passée à l'acte *quasiment* là. [...] Vu que j'avais commencé à parler à [mon intervenante qui] m'avait fait voir un psychologue, il y a un psychologue qui voyait que j'étais mal. Et quand j'ai appelé, j'avais appelé du secours, ils sont venus vite. J'ai dit : je vais partir là. J'ai tout placé mes enfants, j'ai dit je suis dans le noir dans la maison, je suis toute seule.

Les sentiments de peur reliés au mode de vie de consommation sont parfois évoqués comme des motifs pour changer. Ces peurs sont variées et souvent spécifiques à chaque femme. Ainsi, une participante, qui avait fréquemment des *blackouts* de ses épisodes de consommation, ressentait, au lendemain, la peur d'avoir fait du mal aux autres, ce qui a été, selon ses dires, une peur l'ayant motivée à changer. Une autre participante mentionne, quant à elle, avoir arrêté sa consommation de solvants, entre autres, parce qu'elle avait *peur de rester crochetée* [dépendante]. Pour cette femme, reconnaissante d'avoir un bon mari, elle vivait la peur de se suicider et de tout détruire autour d'elle. Pour sa part, celle-ci explique, bien qu'elle reconnaisse que de nombreuses peurs aient été des barrières à son processus de résolution, que c'est la peur de souffrir qui l'a amenée à vouloir *se rétablir*. La peur de se faire enlever leurs enfants par les services de la Protection de la jeunesse, a motivé deux participantes à diminuer et à arrêter leur consommation de SPA, comme les propos suivants l'illustrent :

Avant de sortir dehors, j'avais pris un coup et là j'ai fait ramasser mes enfants. Mes enfants étaient ramassés sur le chemin. Et c'est là que j'ai eu peur là *tsé*. *Tsé câlîfe* j'ai paniqué là! C'est là que *tsé*, c'est quelqu'un qui est venu. Tu m'aurais donné une claque dans la face. Réveille-toi! Là regarde ce qui t'arrive là! Ah oui! Parce que moi là je voulais pas perdre mes enfants là! On aurait dit que quelqu'un m'avait donné un coup de pied dans le derrière. En disant : fais attention là, regarde ce que tu fais!

Bien qu'il s'agisse d'un motif important pour deux participantes, pour d'autres, se faire enlever la garde de leurs enfants a, au contraire, renforcé leur comportement de consommation, puisqu'elles buvaient maintenant pour oublier cet échec. À ce sujet, en parlant du fait qu'elle s'est fait enlever ses enfants, une participante affirme que cela ne l'a pas aidée puisqu'elle a commencé à consommer tous les jours pour noyer sa peine.

Dans un autre ordre d'idées, mais toujours au niveau du mal-être intérieur, l'effet de désinhibition comportementale peut inciter les femmes à poser des gestes regrettables, non prévus et qui leur font vivre bien des émotions désagréables une fois que l'effet d'intoxication diminue. Par ailleurs, l'intoxication ne produit pas toujours l'effet voulu non plus. Bien que plus rares, des phénomènes comme le *bad trip*¹ et le *delirium* peuvent provoquer des situations gênantes amenant aussi des émotions désagréables, telle la honte. Ces dernières émotions sont aussi quelquefois rapportées comme des motifs influant sur la décision de résoudre le problème de consommation. Ainsi, le *delirium* d'une participante l'a amenée à faire l'achat de plusieurs milliers de dollars de billets de loterie, convaincue de connaître les numéros gagnants. Pour cette femme, la honte du lendemain a contribué à vouloir *se rétablir*. Une autre participante relate son *bad trip* qui

¹ Le *bad trip* (en français *mauvais voyage*) consiste en un épisode désagréable caractérisé par la dysphorie, l'anxiété et un état paranoïde à la suite d'utilisation de SPA. Il se présente sous la forme d'une crise de panique (Brands, Sproud, & Marsham, 1998 cités dans Léonard & Amar, 2002).

lui a fait vivre de la honte et à la suite duquel, elle n'a plus consommé la principale SPA en cause.

C'était de la la *cochonnerie*, mais après avoir fumé [du haschisch], j'étais *ben sonnée*, on prenait de la bière avec ça. [...] J'ai commencé à avoir, des palpitations là, vraiment vite, vite, vite. [...] Dehors, j'étais toute molle, là je voyais [un chanteur populaire] qui m'parlait, *tsé* [du groupe de musique] là? Ma chum avait des posters d'eux autres, je les voyais qui avaient les yeux rouges puis qui s'en venaient sur *moé* là. *J'capotais au fond*. Là eux-autres y disaient, donnes-y du lait, donnes-y du lait, *hey*, j'ai bu un deux litres de lait, deux deux litres de lait. [...] La famille d'accueil m'a amenée à l'hôpital. Ils m'ont faite un lavage, *tsé* avec du charbon, un nettoyage d'estomac. Le lendemain, ça pas de bon sens, j'avais honte. Ah oui, j'avais peur que ça se reproduise.

Même si quelquefois, les émotions désagréables ont joué un rôle de motivation au changement, dans cet échantillon, elles semblent avoir davantage le rôle de contribuer à la progression du problème de consommation, puisque les participantes affirment consommer fréquemment pour ne pas les ressentir. C'est lorsque le malaise intérieur provoqué par ces émotions devient très intense, voire intolérable, impossible à faire disparaître au moyen de la consommation ou lorsqu'associé à plusieurs autres motifs que ces émotions deviennent à leur tour un motif contribuant au changement.

Que le mal-être intérieur soit induit par le mode de vie de consommation ou par l'incapacité des SPA à *geler* cette souffrance, cette méta-catégorie fait référence à un motif de résolution partagé par la presque totalité des femmes ayant participé à l'étude.

Un deuxième motif émerge des récits des femmes et semble presque aussi fondamental à la résolution que le mal-être intérieur. Il s'agit d'une forme de prise de conscience du problème, de ses conséquences négatives ou des solutions pour résoudre la consommation problématique.

Prise de conscience

Cette prise de conscience de l'ampleur du problème de consommation et de ses effets constitue la deuxième méta-catégorie émergente de l'analyse. Elle est parfois favorisée par une tierce personne comme le mentionne une participante. « *Le père de mon premier enfant m'a [fait] réfléchir. À moment donné, [il m'a donné] une image qui m'a fait comprendre [...] que j'avais un problème d'alcool* ». La prise de conscience peut se produire de diverses façons. Parmi les récits des femmes, trois catégories ont été différenciées soit : 1) le réveil soudain, 2) le réveil spirituel, et 3) la prise de conscience de l'état de dégradation. Les paragraphes suivants abordent de façon plus précise chacune de ces manifestations.

Le réveil soudain consiste en la prise de conscience, généralement subite, qu'il existe une dissonance entre le mode de vie de consommation et quelque chose d'autre à laquelle la femme tient. Il peut s'agir, par exemple, du bien-être de ses enfants, du système de valeurs familiales, de principes ou d'aspirations qui sont incompatibles avec la vie de consommation. La prise de conscience de cette dissonance semble provoquer un malaise qui, à son tour, motive l'arrêt ou la diminution de la consommation des SPA, tel que le décrivent les extraits suivants :

Puis je me suis regardée dans le miroir. Puis, je me suis parlée devant le miroir : Quelle mère que j'étais? Qu'est-ce que tu fais dans la vie? Qu'est-ce que tu fais pour tes enfants? Là, là, j'ai parti à brailler et c'est à ce moment-là que j'ai pris la décision que je voulais faire quelque chose dans la vie.

Il y avait le système de valeurs qui m'a été inculqué par ma famille qui refait surface quand même tsé. Tsé mes enfants. Je vois aujourd'hui que c'est beaucoup vis-à-vis mes enfants. Pour moi en quelque part c'est comme mes enfants m'ont sauvée la vie en partie [...] C'est un peu à ça que je me suis accrochée en me disant bien regarde là [...]. Fa que, ça, ça m'a amené à dire à mon conjoint : Bon regarde, là moi, là c'est là que ça se passe!

Le *réveil spirituel*, quant à lui, peut se définir par une prise de conscience de réponses à travers une expérience spirituelle. Pour une des participantes, il s'agissait d'une quête de réponse, en forêt, concernant le bon moment pour l'arrêt de sa consommation. Les propos suivants sont éloquentes :

Parce que moi je me posais des questions c'était quand est-ce que j'allais arrêter de boire. Quand je me suis posée cette question-là ça m'a trotté dans la tête. En me promenant dans la forêt là c'est là que j'ai réalisé que c'était le temps que j'arrête là.

Toujours en ce qui a trait le réveil spirituel, une autre des participantes a fait un rêve qui a été suivi d'une forte intuition qu'elle devait participer à un rassemblement spirituel autochtone. Cette femme y a trouvé sa façon de se lier au *Créateur*, qui a constitué pour elle, par le fait même, une raison motivant l'arrêt de sa consommation d'alcool, tel qu'elle raconte ci-bas :

J'ai rêvé que, moi je travaillais [dans un] restaurant *fa que*, du Hertel là j'ai rêvé que dans mon ventre, j'allais chercher une bouteille de Hertel dans mon ventre entre ma chair *pis* ma peau et je la sortais de mon ventre par ma bouche là. Et le *feeling* que j'avais le matin c'est vas-y donc! [...] En rapport avec le ménage [...] Je dis ah c'est vrai, il y avait un atelier de « tente suante ». [...] Je suis arrivée là et comme j'arrivais, le chaman, le guide spirituel était en train de choisir du monde pour venir construire la *sweat*¹ et moi je m'assois et là il me choisit. Quand je suis sortie de là là, ça l'a été fini. [...] quand je suis rentrée dans ça là, j'ai eu l'impression de trouver ce que je cherchais depuis toujours. [...] quand je suis rentrée dans le *meteshan*² là, j'ai eu l'impression de enfin trouver la façon de me lier à Dieu *tsé*. Je savais que j'avais un problème là, mais j'étais même pas rendue au fait de vouloir arrêter. Et en rentrant dans le *meteshan* c'est ça, après j'avais pu soif. [...] Et après je l'ai compris le rêve c'est ça parce que, dans mon ventre c'était comme la représentation de la tente suante. Et le Hertel, c'était le nettoyage parce que un sweat lodge, c'est comme une 4 et 5³ là, tu purifies et c'est plus fort.

Pour sa part, la *prise de conscience* de l'état de dégradation engendré par les effets de la consommation amène souvent les femmes à réaliser qu'elles ont réellement un

¹ La sweat ou sweat lodge est le nom anglais de tente suante.

² Le meteshan est le nom ilnu de la tente suante.

³ La « 4 et 5 » consistent en les quatrième et cinquième étapes du modèle des Douze étapes des AA.

problème de consommation de SPA et, par conséquent, elle leur fournit la motivation nécessaire pour s'en sortir.

Moi quand j'avais de la peine des fois [...] je pleurais dans la chambre de bain et là je me regardais [dans un miroir]. Je disais : Mon doux! Là [je] me disais [...]: Je suis toujours bien pas la Sainte-Vierge à pleurer tout le temps de même. [À] avoir de la peine [comme ça].

[J'ai vu des] choses, on dirait, qui se passaient tout le temps comme un miroir là. [...] Si tu te regardes [dans un miroir] là, admettons tu vas boire là, tu te regardes, t'as toute la face, t'as toute la face, on dirait tous les yeux sortis de l'orbite. On dirait que tu te regardes : c'est pas toi, c'est une autre personne! Une autre personne qui est entrée dans toi. Tu vois tout le déroulement de ce qui s'est passé. [...] Ah! Il y a bien des choses [...] que j'ai vu dans le miroir. [...] C'est comme si je me voyais. Et j'ai trouvé que c'était pas moi. *Tsé* quand je te dis [le] miroir, c'est comme : *Tsé* comme quelqu'un il passe à travers le miroir là? *Tsé* une autre vie là ou quelqu'un, comment je te dirais ça? [Un peu comme le film] La porte des étoiles. [...] C'est parce que c'est une autre dimension de ta vie. Et ce miroir-là là, le miroir, il me faisait voir des choses que j'étais avant. C'est ça qui m'a aidée à arrêter de boire. Je me suis vue à travers le miroir. [...] C'était ah! C'était effrayant ce que je faisais! J'étais assez basse là. Maintenant je vois, je sais ce que j'étais avant. Je me suis dit jamais j'essayerais d'être de même maintenant.

Ainsi, tant qu'elles ne réalisent pas que leur consommation est un problème ou qu'elles demeurent ambivalentes à ce sujet, il semble plus difficile pour elles de s'engager dans des démarches de changement. En effet, cela a souvent été à la suite d'une accumulation d'événements négatifs et d'un *bas-fond* que s'est ensuivies une prise de conscience du problème et la décision d'arrêter ou de diminuer leur consommation de SPA.

Bref, ce qui a motivé la plupart des participantes à changer est, d'une part, le mal-être intérieur lié au mode de vie de consommation et, d'autre part, la prise de conscience que leur consommation était réellement problématique ou des façons pour arrêter de consommer. Cependant, d'autres motifs ont aussi été identifiés par les femmes comme sources de changement. En effet, il semble que les femmes changent aussi pour le bien-être d'autrui, parce qu'elles ont fait l'expérience d'être acceptées, aimées ou

soutenues inconditionnellement, parce qu'elles ont vécu la perte d'êtres chers et se retrouvent de plus en plus isolées et finalement, parce qu'elles veulent ressembler ou, à l'inverse, ne veulent pas ressembler à d'autres personnes.

Influence de personnes significatives

L'influence de personnes significatives consiste donc en la troisième méta-catégorie émergente qui a motivé la résolution. Les enfants sont, sans contredit, les personnes influentes les plus fréquemment abordées. En effet, le désir que leurs enfants soient bien consiste en une préoccupation très importante qui motive les femmes à résoudre leur problème de consommation. Certaines femmes expliquent ne pas vouloir faire de mal à leurs enfants : « *Puis, j'étais même pas capable de les avoir avec moi. J'avais trop peur de leur faire mal. Ça me faisait mal de les voir, qu'ils m'voient comme ça. Je me sentais mal dans ma peau* ». Ne pas vouloir faire vivre à ses enfants ce qu'elles ont vécu étant plus jeune est aussi une raison motivant le changement, tel que l'explique cette participante :

Bien souvent [...] parce que [quand on] est *alco* on a été, quand on était jeune, pas trop considéré comme à notre valeur juste *tsé*. Moi je me suis fait en masse dire des affaires comme : Tu feras jamais rien de bon dans la vie. T'es rien que ci et ça. Et venant de nos parents on enregistre ça. J'en veux pas à mes parents parce qu'ils se sont probablement fait dire la même affaire eux-mêmes aussi. Moi j'ai l'impression que j'ai la responsabilité de taire ces mots-là en dedans de moi pour pas les répéter à mes enfants. [...] On élève nos enfants comme on a été élevé, spontanément *fa que* si tu te requestionnes pas dans la façon que t'élèves tes enfants, tu risques de répéter les mêmes erreurs.

Pour certaines participantes, ne pas vouloir que ses enfants soient placés en famille d'accueil constitue une motivation centrale, comme l'exprime la participante suivante :

« *Puis quand on a eu notre [enfant] c'est là qu'on slaqué de boire parce qu'on voulait*

pas qu'il soit placé ». Finalement, attendre la naissance de son enfant ou devenir enceinte motive également la résolution du problème de consommation.

Bien que les enfants occupent une place très importante pour la majorité des femmes, deux d'entre elles ont d'abord tenté d'arrêter leur consommation uniquement pour eux et ceci s'est terminé par une rechute, comme en témoigne cette participante : « *Quand j'ai décidé vraiment d'arrêter de consommer, au début, je le faisais pour mes enfants ça n'a jamais marché* ».

Le bien-être du conjoint fait également partie des raisons pour changer son style de consommation. Ainsi, une participante explique avoir débuté une relation avec un homme qui ne consommait pas. À la suite d'une tentative de fumer du haschisch avec lui et du fait qu'il n'a pas aimé cela, elle a arrêté la consommation de cette SPA. D'autre part, une autre femme explique que son conjoint exerce une profession honorable et qu'elle a décidé d'arrêter sa consommation, entre autres, pour ne pas nuire à sa réputation.

Le mode de vie de consommation amène plusieurs expériences d'abandon qui sont souvent la poursuite des expériences négatives vécues plus tôt (p. ex., abus physiques, sexuels, affectifs, assimilation culturelle forcée et fréquentation de multiples familles d'accueil). Lorsqu'elles consomment, la plupart des femmes voient leurs proches s'éloigner d'elles, les rejeter et deviennent de plus en plus isolées. Cependant, il survient parfois des expériences relationnelles positives d'acceptation, d'amour ou de soutien inconditionnel, qui deviennent subséquemment un facteur important du changement pour ces femmes. Ainsi, une participante affirme : « *Pis la seule personne qui m'a aidée là c'est une Blanche. Tsé qui m'a dit qui m'aimait là. [...] Sans d'joke. Ça, ça me touche*

encore, ça. [...] Quand j'en parle là. Qui m'a dit qui m'aimait ». Une autre participante explique :

Dans le temps d'arrêter de consommer et de ma souffrance là, c'est que je me suis mise à genoux au pied de mon lit et je me suis mise à pleurer. Ma petite fille elle avait deux ans, elle était à côté de moi, elle m'a dit, elle me flattait le dos en voulant dire que, de me libérer de mes souffrances. Alors c'est ça qui m'a donné, de la force, la force de faire la demande, faire une thérapie, de m'en aller par là.

D'un autre côté, même si le décès, par suicide ou autre, de proches est la plupart du temps un obstacle majeur au processus de résolution, il arrive, pour quelques femmes, que le fait d'être de plus en plus isolée ou de perdre des êtres chers suffise à motiver le changement, comme les propos suivants l'illustrent :

C'est quand je me suis retrouvée toute seule, je me voyais en train de me renfoncer, les gens me fuyaient, mon *ex* m'a laissée, j'avais plus mes enfants; que j'ai voulu arrêter de consommer. C'est quand je n'avais plus mes enfants, j'étais plus capable de m'arrêter. C'est quand je me suis retrouvée toute seule que j'ai décidé d'arrêter.

Pour sa part, une autre participante exprime : « *Quand mon mari est mort là, [...] j'ai arrêté de consommer. [...] Je m'en rappelle parce qu'il fallait que je fasse le deuil. Et moi le deuil, il fallait que je sois sobre. J'étais vraiment mal dans ma peau* ».

Parmi les participantes qui ont connu le mouvement AA, certaines mentionnent que le soutien des membres, dont celui de la marraine, les a souvent aidées à progresser dans le processus de changement. Bien que la plupart de ces participantes parlent du soutien des AA comme d'une ressource, deux d'entre elles affirment, que pour elles, il s'agit aussi d'une motivation. En effet, il arrive qu'à la demande des proches, des membres AA viennent tendre la main aux alcooliques. Ils les aident parfois à prendre conscience de leur problématique d'alcool et les introduisent au regroupement. Cela a été le cas pour

une participante qui explique qu'aussitôt que des membres AA sont venus la chercher, elle s'est sentie motivée à changer.

Avoir des personnes modèles ou des contres-modèles contribue parfois à motiver la décision de devenir sobre. À ce sujet, plusieurs répondantes expliquent avoir voulu devenir comme leur modèle. En ce sens, une femme dit : « *C'est ma tante qui m'a transmis la culture, à faire de la broderie* » et plus tard, elle affirme : « *Et j'ai eu comme modèle, ce que ma tante m'a transmis. Elle a jamais consommé. Et moi étant petite, je me suis dit, je veux être comme elle* ». Une autre participante dit que ce sont d'autres femmes qui ont été des modèles à suivre :

Ce qui m'a motivée aussi, c'est des attraites comme [elle nomme plusieurs femmes]. Toutes ces femmes là qui étaient autour de moi, dans ce temps là. Les gens qui étaient bien dans leur peau. Ça c'est une motivation importante. Qui ont passé par des chemins difficiles. Des attraites, c'est de même qu'on dit ça dans AA. [...] Des gens que j'admirais là parce qui ont eu de la force de se débarrasser de ça *pis*, c'est des gens qui étaient capables de rire sans alcool *pis* de s'amuser.

Mais, ce ne sont pas seulement les modèles positifs qui ont une influence sur la décision d'abandonner le mode de vie de consommation. Il y a aussi, quelquefois, ceux à qui elles ne veulent pas ressembler. Les propos suivants en sont illustratifs :

[Ce qui m'a le plus aidée à arrêter de consommer c'est] de voir le monde se briser par rapport à l'alcool. Et il y a du monde en masse qui sont brisés. Tu vois ça, tu passes dans le chemin, tu vois du monde, ah! [...] Ils sont sales, ils se lavent pas, ils sont *ébouriffés*. Et c'est du monde que, je les croise sur le chemin ou à des places. Ou je vois des ménages, il y a des ménages qui font des disputes, il y a de la bagarre et je sais qu'ils sont sur l'effet de la boisson. Et ce qui est triste dans ça c'est les enfants. J'ai vu des ménages quand j'étais plus jeune, les deux parents se battaient et les enfants, ils sortaient dehors et ils couraient, ah! Ça faisait pitié. En tous les cas, c'est triste.

Aspirations

Les aspirations consistent en la quatrième méta-catégorie et elles jouent aussi un rôle important, étant donné qu'un peu plus de la moitié des participantes ont abordé cet

aspect dans leurs motivations. Celles-ci sont variées et souvent spécifiques à certaines femmes. Toutefois, ces aspirations ont comme point commun une volonté d'accéder à un mieux-être personnel et relationnel.

Les aspirations les plus fréquentes consistent à vouloir être quelqu'un de bien dans la vie : « *J'avais l'goût de devenir quelqu'un* », à vouloir être heureuse et bien dans sa peau « [En parlant du fait qu'elle est heureuse, une autre femme demanda à la participante] *T'aimerais-tu ça devenir comme moé? Je le savais elle qu'elle était heureuse tsé. Je disais oui. [...] Elle m'a trouvé une place à l'hôpital. 15 jours* », à considérer le changement de style de consommation comme une transition vers une vie plus mature « *Moi j'ai fini de... Je me suis dit, pour consommer, j'ai fini de faire l'enfant* » et à ne plus vouloir avoir de trous de mémoire dus aux états d'ébriété « *[J'voulais plus] me lever le matin pis de pu savoir c'que j'ai faite la veille. Ça c'est une très grande motivation* ».

D'autres aspirations sont aussi discutées, comme vouloir établir une bonne relation avec ses enfants « *Je l'ai fait [...] parce que j'avais le goût d'établir une relation [avec mes enfants], d'établir quelque chose de concret, de vivre avec eux autres* », vouloir avoir une vie meilleure et vouloir être dans un état de conscience constant « *[Je voulais] être consciente constamment, tout le temps, tout le temps, le plus possible* ».

Ultimatums

Avoir dû faire un choix entre le mode de vie de consommation ou quelque chose auquel elles tiennent a également contribué à initier le changement pour plusieurs des participantes. Trois types d'ultimatum composent cette cinquième méta-catégorie. Il

- s'agit de 1) choisir d'être en santé ou la poursuite de la consommation problématique;
 2) choisir entre garder ses enfants ou la poursuite de la consommation problématique; et
 3) choisir entre préserver son emploi ou la poursuite de la consommation problématique.

Ces propos illustrent ces trois types de situations qui ont aidé la résolution de la consommation problématique de SPA pour plusieurs femmes :

Un peu avant j'ai arrêté. Je le sais pas pourquoi je devais arrêter. [...] Je devais subir une opération et il fallait que j'arrête. C'était déjà programmé dans mon cerveau. Quand je voulais de quoi là, il fallait que je me dise en moi-même... il faut que j'arrête. Et je me suis... j'ai pris tous les moyens.

Déjà au départ [...] j'ai été confrontée comme au pied du mur à demander de l'aide pour une première fois. [...] ce qui fait qu'en fin de compte m'a amenée à faire une thérapie [...]. Mon père m'a comme confrontée en me disant : Regarde [nom de la participante] là, si toi tu décides pas de te prendre en main, bien regarde moi je vais faire ce que j'ai à faire pour t'aider! Mes enfants! Parce que lui il voyait que c'était comme la seule façon d'aller me chercher en [m'enlevant] mes enfants *tsé*, contrôler quelque part ma façon d'être à l'époque. Ce qui fait comme ah! Regarde, moi mes enfants c'est comme non! [...] C'est ce qui m'a amenée à connaître le rétablissement une première fois. [...]

Mon dernier emploi en tous les cas ça a failli. [...] J'aurais pu le perdre si je serais pas allée en thérapie. J'étais en consommation, j'étais gelée. [J'ai eu un accident de voiture] je devais rentrer travailler ce matin-là [...] donc je suis pas rentrée en plus. Sauf que mes supérieurs sont venus me voir et ils ont dit [nom de l'informatrice] si t'arrêtes pas de boire, on va être obligé de t'envoyer une lettre de [renvoi]. J'avais une *cristie* de belle lettre en plus. *Tsé*, alors là ils ont dit : Soit [...] soit que tu ailles en thérapie et là tu nous reviennes. C'est quoi tu fais?

Dans le premier exemple, il est constaté que l'ultimatum impliquant la santé est parfois un levier pour modifier le mode de vie de consommation. D'un autre côté, un mauvais état de santé est, à d'autres fois, perçu comme un obstacle au rétablissement. En effet, pour deux des participantes, l'état de santé les empêche de travailler et semble, par le fait même, entraîner un faible sentiment de compétence et d'estime d'elles, qui à leur tour, favoriseraient la consommation.

Ne plus avoir l'effet escompté de la consommation

Ne plus avoir l'effet escompté de la consommation est une autre raison invoquée pour résoudre la consommation problématique et elle constitue la sixième méta-catégorie. Les femmes ont plusieurs raisons de consommer. L'effet recherché, au début du mode de vie de consommation, est souvent le plaisir, mais l'automédication devient fréquemment le but de la consommation. Lorsque les SPA ne procurent plus l'effet désiré ou qu'il se développe un effet de tolérance¹ très important, les femmes commencent souvent à entrevoir l'alternative d'arrêter ou de diminuer leur consommation. À ce sujet, une participante explique qu'elle n'avait plus de plaisir à consommer avant d'arrêter cette consommation : « *Mais qu'est-ce que tu veux, dans ce temps-là on avait du fun, seulement qu'en dernier c'était plus le fun partout!* ». Une autre participante affirme : « *Les derniers temps que j'ai consommé [...] il y a plus rien qui gelait mon malaise à l'intérieur là. [...] c'est un peu ça qui m'a amenée à dire [...] je suis plus capable. [...] Parce que ça gèle plus* ». La participante suivante explique avoir arrêté de consommer parce qu'elle présentait un effet important de tolérance à l'égard de la SPA :

C'est surtout parce que j'tais pu capable d'arrêter de boire, il m'en fallait tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps plus. Même pour dormir, j'tais pu capable de dormir, c'tait les symptômes.

¹ La tolérance consiste en la diminution de l'efficacité et de la toxicité de la SPA lorsqu'une quantité habituelle est utilisée (Léonard & Amar, 2002).

Réappropriation et réaffirmation culturelles

Les expériences de réappropriation et de réaffirmation culturelles font référence à la dernière méta-catégorie émergente pour la période de la résolution. Ainsi, une participante affirme que ce qui l'a motivée le plus est la culture autochtone. Elle dit avoir longtemps cru que sa famille et sa communauté vivaient tant de problématiques parce qu'ils sont des Autochtones et elle détestait, à l'époque, être une Autochtone. Elle exprime se *réapproprier*, depuis quelques années, cette identité et en être fière. Pour elle, la *réaffirmation* de certains aspects de sa culture, y compris certains savoir-faire ancestraux dans d'autres sphères de sa vie, telle la sphère professionnelle, semble apporter un sens à son existence et ainsi, la motiver à changer son mode de vie de consommation. L'extrait suivant tente d'illustrer ce phénomène :

Ce qui m'a aidée, [...] c'est au niveau de la culture. Ça, ça m'a vraiment aidée là. C'est ça je pense qui m'a aidée beaucoup plus que d'autre chose. Parce que avant quand j'étais jeune, je me disais pourquoi je suis Autochtone? J'aurais dû être d'une autre race, mais pas Autochtone parce que je me rabaissais là, à ce niveau-là. [Je constatais qu'on avait des problèmes] C'est à cause qu'on était jeune, qu'on était dans des réserves qu'on connaît autant de problèmes familiaux? [...] Ah! Moi je voulais plus être Indienne *partoute* là! [...] *Fa que* je faisais quand même des choses autochtones. [...] J'ai vu ma mère arranger les peaux et mon père quand il ramenait ses fourrures. J'ai tout vu ça. Comment faire cuire la viande, j'ai tout vu ça. C'était dans le quotidien ou presque tout le temps. [...] On marchait dans le bois et je faisais des choses [qu'une] femme indienne doit faire en forêt, je faisais tout ça. Sauf que [j'ai pas continué parce que je n'avais] pas le temps. C'est sûr que quand tu fais pas ça à tous les jours t'oublies là certaines choses. [...] J'ai commencé à travailler [...] au niveau culturel et l'enseignement, montrer des choses, au niveau de la langue. Ça, ça m'a permis à me remonter. Au niveau de mon acceptation d'être Autochtone là. Et j'ai beaucoup plus eu confiance en moi et j'ai cru en moi là.

Bien que cette participante mentionne que la culture a été une motivation importante pour elle, ces phénomènes de *réappropriation* et de *réaffirmation* culturelles ne sont pas spécifiques qu'à cette femme et aux motifs puisqu'ils se retrouvent aussi au niveau des stratégies et des ressources chez d'autres participantes.

Motifs, raisons ou événements motivant le maintien de la sobriété

Il a été demandé aux participantes ce qui les a motivées à maintenir leur sobriété. Le contenu de leur discours a été regroupé en six méta-catégories, dont trois étaient également présentes pour initier le changement. Les souvenirs d'expériences négatives ou humiliantes qu'elles ont vécues lorsqu'elles consommaient de façon problématique, la prise de conscience des gains sociaux, familiaux, psychologiques, matériels et financiers de la nouvelle vie de sobriété ainsi que les croyances qu'elles ont quant à la perception d'une rechute constituent des méta-catégories motivant le maintien de la sobriété. Quant aux méta-catégories des aspirations, de l'influence de personnes significatives et des phénomènes de réappropriation et de réaffirmation culturelles, elles persistent toujours à motiver le maintien de la sobriété. Le texte suivant aborde chacune de ces méta-catégories de façon plus précise.

Souvenirs d'expériences négatives

Les souvenirs d'expériences négatives vécues à l'époque de consommation constituent la première méta-catégorie des motifs, pour l'étape du maintien de la sobriété. Celles-ci se composent du souvenir du *bas-fond*, d'actes humiliants posés pour se procurer la substance et finalement, du *bad trip*. Ainsi, une participante explique que le souvenir de ses *bas-fonds* l'aide à maintenir sa sobriété. Pour une autre participante, le souvenir de s'être déshabillée devant des hommes pour obtenir la SPA lui confirme qu'elle ne veut pas retourner à cette vie de consommation. Quant à une autre femme, c'est le souvenir de son *bad trip*, à la suite de consommation de haschisch, et surtout de la honte que cela lui a occasionnée, qui la motive toujours à ne plus consommer.

Prise de conscience des gains de la nouvelle vie de sobriété

Cette prise de conscience consiste en la deuxième méta-catégorie de motifs qui semble importante pour le maintien du nouveau mode de vie. En effet, autant les souvenirs douloureux et humiliants de l'époque de la consommation motivent les femmes à ne pas retourner en arrière, autant ces nouveaux motifs plus « positifs » incitent plusieurs d'entre elles à maintenir leur sobriété et à s'épanouir davantage. Quatre types de gains sont ici répertoriés. Il s'agit : 1) des gains sociaux, qui se caractérisent principalement par la confiance que les gens commencent à témoigner en la femme; 2) des gains familiaux, qui consistent en l'impact positif de la sobriété sur la relation avec les enfants et la famille en général; 3) des gains psychologiques, qui se définissent par l'acquisition d'états affectifs ou de sentiments stables, telles l'estime de soi et la fierté; et 4) les gains financiers et matériels consistent, quant à eux, en l'argent ou en l'achat de matériel que les femmes se procurent à la suite d'une réinsertion dans la société et du marché du travail ou, simplement, en ne dépensant plus leur argent pour se procurer des SPA. Les extraits suivants illustrent chacun de ces types de gains :

On dirait que plus que t'avances, plus que j'avance dans mon cheminement, plus que j'reçois des choses puis ça me donne encore plus le goût de plus consommer. *Tsé* comme [...] plus d'amis, le monde va plus vers toi.

Puis les enfants, j'vois le changement aussi avec mes enfants. C'est que j'ai, *hey*, je m'en occupe, je joue avec eux, j'ai l'goût de faire pleins de choses. Quand que j'consommais, j'leur mettais une cassette *pis envoyes*. Mon garçon aussi, y a eu d'la difficulté à parler parce que, dans mon couple, justement, on parlait pas. On parlait, c'était rare. Puis, là aujourd'hui, j'ai le goût de parler, j'ai le goût de savoir des choses. C'est pas tout le monde qui est comme ça. J'ai plus de contact avec mes enfants.

[Avoir des responsabilités dans AA] ça m'a motivée. Tu te sens comme utile à quelque chose là. *Tsé* y ont confiance en *toé*, y s'*fissent* sur *toé* pour animer là. Y m'ont comme, parce que j'avais pas confiance en *moé*, puis eux-autres y m'ont donné confiance. C'est là que j'ai appris à avoir confiance en moi.

J'ai compris à la longue que, si [...] j'aurais continué à consommer, j'aurais jamais eu ce que j'ai là. [J'aurais] de la misère avec mes [finances] [...] comme il y en a d'autres personnes là. Ils ont de la misère, ils sont toujours pris. Il faut toujours qu'ils aillent chercher de l'argent pour boire, de l'argent pour fumer. Ah! J'ai dit non! Je me voyais plus comme ça moi! Je me suis dit, parce que si j'aurais été ce que j'étais avant, j'aurais jamais eu ce que j'ai aujourd'hui.

Aspirations

Les aspirations constituent la troisième méta-catégorie de motifs qui contribuent à maintenir les femmes dans leur nouvelle vie de sobriété. Ces aspirations, à ce stade, semblent émerger ou prendre de l'ampleur à partir, soit des nouvelles expériences, soit des gains de la nouvelle vie de sobriété ou, au contraire, des souvenirs négatifs de la vie de consommation. En d'autres mots, les femmes veulent s'améliorer davantage lorsqu'elles prennent conscience des gains obtenus ou aspirent à aller de l'avant en continuant le travail sur le maintien, de peur de retourner en arrière. Ainsi, face à des difficultés qu'elle vit présentement, cette participante exprime : « *Je ne veux pas retomber où ce que j'étais, ni faire une dépression, je veux me libérer moi* ». Pour sa part, cette autre participante, possédant maintenant un travail et une voiture, exprime : « *J'ai encore le goût de devenir quelqu'un puis c'est ça qui m'aide à faire encore des efforts aujourd'hui* ». La participante suivante explique, quant à elle, l'importance qu'elle accorde à être un modèle pour ses enfants au niveau du maintien de sa sobriété. « *C'est sûr parce qu'on essaie d'être un exemple pour eux-autres parce qu'on sait que les enfants, ils font toute la même chose que nous. Tout ce qu'on fait, ils font pareil* ».

Influence de personnes significatives

L'influence de personnes significatives continue à être une raison importante pour ne pas retourner à la vie de consommation, particulièrement en ce qui a trait au bien-être des

enfants. La plupart des motifs dans cette quatrième méta-catégorie étaient également présents parmi leurs motivations lorsqu'elles ont décidé de résoudre leur problème de consommation, à l'exception des personnes contre-modèles. En effet, ces dernières semblent constituer un motif qui prend de l'ampleur à ce stade du processus, comme si elles représentaient le miroir de cette vie antérieure de consommation, confirmant à la femme qu'elle ne veut pas y retourner. À ce sujet, certaines participantes expriment:

Après 30 ans de sobriété, t'as plus l'idée de rechuter ! T'en vois assez de monde qui boivent, il y en a chez-nous là-bas [...] Écoute un peu, je me revois dans eux autres *hein* ! Je trouve ça terrible!

Mais je vois un peu mes parents comment ils vivent. Je regarde un peu. [...] Bien je veux dire, le mode de vie qu'ils ont là. Comme eux autres, ils ont des problèmes de boisson. [...] Et j'ai vécu là-dedans. Je voudrais pas faire vivre ça à mes enfants.

Ce qui m'aide aussi, je pense, c'est quand je vois les gens là. Les gens qu'on voit tous les jours chercher leurs bouteilles et tout ça. Là ils m'aident eux autres dans un certain sens là.

Croyances et perceptions quant à la rechute

Les croyances et perceptions quant à la rechute composent la cinquième méta-catégorie des motivations à ne pas consommer à nouveau. Penser devoir recommencer tout le chemin parcouru depuis le début de la sobriété semble une croyance très ancrée, comme l'explique cette participante :

Calique, si j'r'boérais là tout c'qu'é c'est que j'manquerais. Puis il faudrait que j'recommence. Ah! Je sais pas si j'aurais le courage de reprendre le bateau pour pouvoir m'en sortir avec toute le chemin que j'ai fait. Ça fait bizarre. Ça m'donne comme pas l'goût d'r'commencer non plus.

Pour sa part, une participante a la ferme croyance qu'elle en mourrait si elle reboirait aujourd'hui. Pour elle, le bon Dieu l'a beaucoup aidée et il ne faudrait pas qu'elle le déçoive en consommant à nouveau parce qu'elle risquerait, cette fois-ci, d'en mourir.

Si je *reboirais* aujourd'hui là, bien je pense que je vais mourir. Soit que je continuerais jusqu'à temps que je meurs ou soit que je me tuerais peut-être en *char* ou bien dans un accident là. [...] C'est pour ça que je te dis que, où est-ce que j'ai arrêté là, c'était vraiment le bout là [...] Retourne pas là parce que là peut-être qu'il sera plus là là.

La participante suivante constate, quant à elle, que la consommation n'est pas une solution et qu'elle empire, même, la situation : « *Je ne veux plus retomber dans la boisson là. Pourquoi prendre de la boisson? Tsé ça règle rien! Tsé ça rempire tes choses quand tu bois. Ouin. Ça m'intéresse plus de toucher à ça. Non* ».

Réappropriation et réaffirmation culturelles

Pour une des participantes, la réappropriation et la réaffirmation culturelles demeurent des raisons centrales la motivant à maintenir sa sobriété et elles consistent en la dernière méta-catégorie de motifs, au niveau du maintien de la sobriété. Bien que différents aspects de la culture ancestrale et des façons d'affirmer leur identité culturelle aient été abordés par d'autres femmes, ceux-ci ont été intégrés dans les thèmes « stratégies » et « ressources » qui seront exposés dans les prochaines sections.

Pour conclure brièvement sur ce qui motive les femmes tout au long du processus de résolution, il est constaté que certains motifs à la base de la décision de changer le mode de consommation persistent également, par la suite, à motiver les femmes à maintenir leur sobriété. En ce sens, la plupart des souvenirs d'expériences négatives dus au mode de vie de consommation, les aspirations, l'influence des personnes significatives ainsi que la *réappropriation* et la *réaffirmation* de l'identité culturelle autochtone, ne sont pas de nouveaux contenus apparaissant lors du maintien.

Il est également constaté que le nombre de motifs, raisons ou événements exprimés par les participantes tend à diminuer d'environ de moitié, une fois que le changement est

bien instauré. En général, plus le nombre d'années de sobriété est élevé, moins les femmes évoquent de raisons de rester sobres ou ces raisons semblent plutôt devenir une confirmation qu'elles ne retourneraient pas en arrière. En effet, alors que les participantes invoquent de 6 à 11 raisons les ayant incitées à changer leur style de consommation, ce nombre tend à diminuer à tout au plus 6 par participante pour le maintien de leur sobriété.

Stratégies aidant la résolution de la consommation problématique de SPA

Pour l'étape de la résolution, les stratégies décrites comme aidantes par les participantes sont regroupées en cinq méta-catégories. Ces stratégies n'ont pas la prétention d'être linéaire dans le temps, bien qu'elles sous-tendent une certaine progression qui sera expliquée dans le texte qui suit. C'est plutôt sur la base des phénomènes auxquels elles s'adressent, qu'elles ont été catégorisées ainsi. En effet, même si les femmes mentionnent que toutes ces stratégies ou moyens les ont aidées à résoudre leur problème de consommation, elles ne visaient pas toujours directement la résolution de ce comportement problématique de consommation. Ce que les femmes mettent ici en lumière, c'est qu'en visant la résolution ou la gestion d'autres problèmes ou difficultés, de même qu'en travaillant à améliorer leur personnalité ou leur environnement, cela a aussi eu un impact positif sur le processus de résolution du problème de consommation de SPA. En d'autres mots, les récits des femmes montrent *que tous ces aspects sont interreliés.*

La première méta-catégorie inclut les stratégies de gestion des *cravings*¹. Elles sont présentées en premier puisqu'elles sont fréquemment utilisées au début du processus de résolution, notamment à cause du sevrage², étant donné que la sensation de manque y est, à ce moment, habituellement plus intense. De plus, ces stratégies peuvent être utilisées, de façon occasionnelle, lors des manifestations des *cravings* qui se feront, habituellement, de moins en moins fréquentes, au fur et à mesure que le temps de sobriété passe. Puisque les *cravings* peuvent survenir à n'importe quel moment, ces stratégies peuvent être utilisées à nouveau, même après plusieurs années de cheminement et de sobriété. L'objectif de ces stratégies est de ne pas consommer lors de la manifestation d'une envie intense de consommer. Elles peuvent être qualifiées de réactives et de ponctuelles puisqu'elles sont seulement utilisées, jusqu'à ce que les *cravings* disparaissent.

Stratégies de gestion des cravings

Les stratégies de gestion des *cravings* visent donc à se protéger des sensations de manque et à ne pas succomber à la tentation de consommer. Les pratiques spirituelles sont souvent utilisées lors de ces moments. Le plus souvent les femmes demandent au *Créateur* de leur enlever la soif ou s'en remettent à lui. Comme l'expliquent les participantes suivantes : « *J'ai dit à Dieu : si t'es capable de faire pour moi ce que moi je suis pas capable de faire, tu vas m'ôter la soif. Et j'ai jamais eu soif!* ». Une autre participante affirme :

¹ Le *craving* (aussi nommé le manque) est une impulsion à rechercher le produit et à le consommer de façon compulsive. Il s'agit d'une sensation de très forte intensité, comparable à la soif ou à la faim.

² Le sevrage est la période d'arrêt brutal ou progressif de la prise de SPA (Léonard & Amar, 2002).

Tu prends ça le delirium tremens (délire accompagné d'agitation et de tremblements) quand t'arrêtes de prendre un verre. Quand t'es à jeun là et c'est ça. Non! Il y a rien qu'un soir que j'ai lâché un cri, mais ça l'a été final après. [...] Je me suis remise tout de suite à mon être suprême, à Dieu.

La majeure partie des stratégies utilisées lors des *cravings* vise à éviter ou à se distancier des stimuli qui peuvent mener à la consommation, comme l'explique cette participante : « *Des fois quand mes amis ils consommaient là, là je m'en allais et je m'en venais ici et je dormais. Je fermais mon téléphone, je disais c'est assez là!* ». La distanciation des stimuli peut également se faire de façon cognitive. Il s'agit alors de tenter d'éloigner la pensée obsessionnelle de consommer par divers moyens. Les stratégies utilisées sont, par conséquent, de retarder le moment de consommation, d'utiliser des alternatives à la consommation, de se raisonner ou de demander de l'aide.

La participante suivante explique avoir reporté le moment de sa consommation lorsqu'elle vivait un *craving* : « *Et là un moment donné bien le soir arrivé, je suis allée me coucher. [...], je me disais bon bien regarde, je peux juste pas là, là. Je vais voir tantôt. Je vivais comme ma minute près* ». Une autre participante exprime, pour sa part, qu'elle utilisait des alternatives à la consommation : « *Dès que je commençais à vouloir là [boire de l'alcool], ou bien je buvais du thé, je buvais de la liqueur ou bien, je partais, je prenais des marches* ». Plusieurs femmes tentaient de se raisonner, soit en s'exposant les conséquences négatives de la consommation envers soi ou les enfants ou, en s'exposant les conséquences positives de la non-consommation, comme explique la participante suivante : « *Si je boé, le lendemain je vais être ben malade puis le lendemain je pourrai pas m'occuper d'ma fille. J'pensais à elle. [...]. Si j'boé, ma fille aura pas de souper, à aura rien* ». Certaines femmes s'adressent même à la substance pour se

raisonner. Dans un moment de *craving*, cette participante s'adresse à sa bouteille de bière : « *Non! C'ben d'valeur mais tu m'as assez faite de marde-là, c't'assez là!* ». Finalement, demander de l'aide, de l'écoute ou du soutien aux membres AA, à sa marraine AA ou à sa famille est une stratégie souvent utilisée lors de ces moments pénibles, comme le décrit cette participante : « *J'ai arrêté toute seule. [...] mais malade hein, tsé le sevrage et tout, et là, j'appelais mon mari, il travaillait [...] et je l'appelais et je lui disais viens me trouver, là j'ai trop soif* ».

La deuxième méta-catégorie comprend également des stratégies largement utilisées au début du processus de changement, surtout les premiers mois et même les premières années.

Stratégies dirigées vers l'arrêt ou la diminution de la consommation

Les stratégies dirigées vers l'arrêt ou la diminution de la consommation sont proactives et visent à favoriser l'établissement de l'arrêt ou de la diminution de la consommation de SPA. Elles sont variées, mais elles peuvent être regroupées en cinq catégories, soit : 1) décider d'agir sur la consommation; 2) rechercher de l'aide et faire un traitement; 3) pratiquer un type de spiritualité; 4) éviter ou se distancier des situations, lieux, personnes, objets ou substances associés à la consommation; et 5) utiliser des renforçateurs au comportement de sobriété. Les paragraphes suivants décrivent davantage chacune de ces catégories.

Tel que vu dans la section précédente sur les motifs, la décision de s'engager sur la voie de la sobriété vient pratiquement toujours à la suite d'une prise de conscience ou d'un réveil quelconque. La majorité des femmes qui s'engagent dans cette voie le font à

la suite d'une prise de décision et certaines d'entre elles développent des stratégies, autour de cette prise de décision, qu'elles associent à de meilleures chances de réussite. C'est le cas de cette participante qui a arrêté de consommer des drogues sans traitement : *« J'ai décidé de prendre une résolution du premier de l'an, parce que dans ce temps-là je prenais toujours des résolutions ».*

Après avoir décidé de changer leur style de consommation, la plupart des femmes ont demandé de l'aide. Malheureusement, cette demande d'aide initiale se produit très souvent lorsque l'état physique et psychologique des femmes est très détérioré. Pour près du quart des participantes, cette demande d'aide s'est faite par une tentative de suicide. De même, plusieurs participantes ont discuté de barrières qui ont retardé ou empêché une demande d'aide. La peur du jugement des autres est le principal obstacle, qui est induit selon certaines par le manque d'estime de soi : *« C'est ça qui était le plus dur pour moi, d'aller chercher de l'aide : Qu'est-ce qui vont dire? Que j'sus faible? ».*

Je le sais comment c'est, quand le monde te regarde de haut là, c'est vraiment minable et c'est vraiment pas... Ça devrait pas exister ça. [...] C'est sûr qu'avec le temps peut-être, j'ai peut-être pas senti le regard de haut de d'autres personnes là, mais sauf que je me sentais pas égal à égal avec eux autres. C'est tu par manque de confiance? Je le sais pas! C'est tu parce que je consommais? Sûrement là *tsé* quand tu consommes c'est parce que t'as un problème avec toi là. Et sauf que j'ai toujours parlé à presque tout le monde quand même que je consommais là.

Pour moi c'était honteux. C'est ça, le sentiment contre moi-même bon j'avais la colère contre moi, j'avais des préjugés, je les avais tous. Ça, ça me faisait des barrières qui m'empêchaient de dire [...] Parce que moi comme je t'ai dit tantôt, j'en avais pas d'estime de moi, j'avais pas confiance en moi alors comment veux-tu que je me donne le droit d'aller cogner à une porte et dire regarde j'ai besoin d'aide.

Les demandes d'aide ont, le plus souvent, été adressées à un intervenant social travaillant au niveau de la toxicomanie. Depuis 1985, un centre de jour (centre Petapan, autrefois nommé le *Refuge*), qui est un point de service du Conseil de bande, traite et

réfère la clientèle toxicomane de cette communauté. Il est intéressant de noter que plus de la moitié des intervenants qui ont reçu la première demande d'aide sont également des membres des AA.

Plusieurs participantes expliquent avoir demandé de l'aide au *Créateur*. Le terme *Créateur* est utilisé par beaucoup d'Autochtones en général et sera employé tout au long de ce texte afin d'assurer une certaine uniformité. Les participantes utilisent aussi différents termes pour nommer cet être spirituel, selon leurs croyances ou religions. Ainsi, elles nomment aussi cet être *Dieu*, *Tshémento*, *Être suprême*, *Puissance supérieure* et d'autres personnifications encore. Une participante explique: « *La première fois [...] mon Dieu que j'ai demandé de l'aide tsé c'est directement en haut* ».

Plusieurs femmes expliquent avoir demandé de l'aide aux AA, à leur père, alors que certaines l'ont fait à l'hôpital, au médecin, à un psychologue ou à d'autres personnes. Il peut être intéressant de souligner que leur père à qui les participantes ont demandé de l'aide avaient ou avaient déjà présenté, eux aussi, un problème de toxicomanie. Ce constat suggère que le choix de la personne à qui les femmes demandent de l'aide peut être influencé par le vécu de l'aidant en rapport avec cette même problématique. Ceci pourrait également expliquer la tendance des femmes à demander de l'aide aux intervenants membres AA ou à cette association.

Aller chercher une certaine forme d'aide structurée semble être la norme puisque seulement deux des participantes en n'ont pas requis ou recherché du tout. À cette étape de leur cheminement, la majorité des participantes se sont jointes aux AA. De même, quelques femmes ont également, pour leur part, adhéré à l'association des

Narcotiques anonymes (NA) ($n = 3$). Bien qu'elle ait déjà existé près de Mashteuiatsh il y a plusieurs années, l'association des NA n'est plus présente à Mashteuiatsh et ses environs. Les *meetings* (réunions) les plus proches ont lieu à Alma, soit à 72 kilomètres de la communauté. Ceci peut expliquer le faible taux de participation à ce groupe d'entraide, malgré l'importance de la problématique de consommation de drogues autres que l'alcool chez plus de la moitié des femmes ayant participé à l'étude ($n = 8$).

Bien que la plupart des participantes soient satisfaites de leur intégration aux AA, certaines y ont vécu des expériences déplaisantes. Ceci pourrait vraisemblablement suggérer que la participation aux *meetings* ne serait pas adaptée à toutes les étapes du processus ou, encore, à toutes les femmes. À la lumière des témoignages livrés par les participantes, une aide ou un soutien individuel serait possiblement davantage adéquat, selon la symptomatologie ou la personnalité de certaines femmes. Cet extrait illustre la première expérience d'un *meeting* AA qu'une participante a vécue pendant la période de son *bas-fond* et au début de son sevrage:

Là mon intervenante elle dit ce soir tu vas te préparer, on va aller faire un *meeting*. Bien moi le *meeting*, un coup rendu là-bas je trouvais bien que c'était pas trop ma place là. Dans l'état que j'étais rendue. Moi je comprenais pas pourquoi que ça riait partout et ils avaient l'air tout heureux. J'ai dit qu'est-ce qu'ils ont là à être bien heureux de même? Moi j'étais assez malheureuse à l'intérieur.

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs participantes affirment avoir fait, dans ces mouvements, des actions qui les ont aidées. Ces moyens qu'elles ont pris, revêtent une forme d'engagement envers elles-mêmes, le mouvement et leur processus de résolution. C'est le cas d'une participante qui rapporte être allée chercher une enveloppe du

nouveau¹ : « *Bien en allant chercher mon enveloppe, c'est sûr que j'allais vers ce mouvement-là* ». Un peu plus tard, cette même participante explique : « *Pour moi, c'est un engagement d'arrêter de boire fa que j'ai arrêté de boire* ». Une autre femme exprime, pour sa part, avoir fait 90 jours de suite de *meetings* : « *Puis les moyens que j'prends pour ça, au début c'était de faire des meetings, 90 jours de temps pendant trois mois de temps à toutes les jours. Toutes les jours, c'est très très important les trois premiers mois* ». Plusieurs participantes expliquent s'être choisi une marraine, comme l'illustre cet extrait :

Après ça bien, après on se prend une marraine là *tsé* comme pour conter nos affaires, une personne qu'on peut se fier à elle là. [...] Bien oui ça m'a aidée. Et je lui ai aidée à elle aussi en même temps. *Tsé*, quand tu aides un autre, tu t'aides.

Dix des femmes ont participé à un traitement interne avant ou pendant l'établissement de leur sobriété. Ce traitement, que les participantes nomment une *thérapie*, consiste en une démarche thérapeutique visant spécifiquement la réadaptation de la consommation problématique de SPA. D'une durée variant de un à six mois selon les centres, le traitement se déroule en milieu fermé, c'est-à-dire que la participante vit dans ce lieu pendant toute la durée de la thérapie. Ces traitements ont lieu à l'extérieur de la communauté et la plupart de ces centres utilisent le modèle Minnesota (les Douze étapes des AA). À ce stade du processus de résolution, la plupart des participantes ont bénéficié d'un seul traitement, à l'exception d'une femme qui en a fait trois avant de réussir l'arrêt de sa consommation de multiples SPA. Par contre, parce qu'elles connaîtront à nouveau des *cravings*, qu'elles rechuteront ou qu'elles vivront d'autres

¹ L'enveloppe du nouveau est un ensemble de documents comprenant, entre autres, un test de dépistage de l'alcoolisme, l'explication des Douze étapes et le jeton du nouveau.

difficultés susceptibles de les ramener à la consommation, la plupart de ces femmes recourront, à nouveau, à des traitements internes pour maintenir leur sobriété.

La majorité des participantes sont également allées chercher d'autres types d'aide thérapeutiques qui peuvent être définies comme des aides destinées à guérir, à traiter ou à soulager.

Lorsqu'elles sont utilisées par les femmes, à cette étape de la résolution, les pratiques spirituelles, qu'elles soient amérindiennes, catholiques ou autres, ont souvent pour objectif d'obtenir de l'aide, du soutien ou de l'accompagnement d'un être spirituel dans l'instauration du comportement de sobriété. La principale pratique de la spiritualité consiste à prier ou à parler au *Créateur* ou, encore, à un proche décédé. Pour sa part, cette participante explique avoir demandé de l'aide à un ami pasteur décédé :

Ça m'a amenée à connaître un moment donné une partie de l'Église, un pasteur, bien c'est un prêtre qui a travaillé pour les alcooliques, toxicomanes. Ça s'est échelonné sur une courte période parce qu'il est mort en bas âge. Et c'est vers plus lui que je me suis tournée et en allant sur sa tombe. Ça a fait comme regarde, toi là, si t'existes pour de vrai là, bien fais quelque chose pour moi. [...] Parce que moi toute seule, je suis pas capable. Je suis plus capable, j'en peux plus. Et ça m'a amenée bon à lui dire la demande : [...] Veux-tu m'aider? Je te confie ma vie là, aide-moi!

De même, plusieurs femmes expliquent avoir abandonné au *Créateur* ce sur quoi elles n'ont pas de contrôle, à travers leurs prières. Une participante explique avoir fait un rituel d'arrêt de consommation lorsqu'elle a arrêté de fumer la cigarette :

J'ai mis mon paquet de cigarettes [...] deux mois sur mon bureau, dans ma chambre. Y était ben sec. Là, j'ai toute défaite mon paquet de cigarettes. « Ah! Gaspille les cigarettes ». [Le] monde disait ça : Non! J'ai dit : J'vas les briser les cigarettes. J'ai toute coupé les bouttes de cigarettes là. J'ai dit : Tiens! -- au *Créateur* là -- J't'offre ça. J'ai dit : J'sus pu capable, j'te donne ça. J'ai mis ça au pied d'un arbre. J'ai faite les quatre directions. J'ai dit : Tiens, j'te l'donne.

Une autre participante qui pratique la spiritualité amérindienne explique qu'une des choses qui l'a aidée à résoudre son problème de consommation est d'avoir fait un jeûne en forêt.

Il y a une fin de semaine, on est allé faire un jeûne de 4 jours dans le bois, une grosse gang là. Il y avait du monde qui était descendu de Sept-Iles, même de Shefferville. Ils venaient nous trouver et c'est ça, on allait faire un jeûne de 4 jours [...] On était pas loin d'une vingtaine dans ce temps-là tsé.

Éviter ou se distancier de ce qui est associé à la consommation s'avère aussi des stratégies importantes à cette étape du changement. Contrairement à celles utilisées en réaction lors de l'apparition d'un *craving*, expliquées plus tôt, ces stratégies d'évitement et de distanciation sont ici proactives. En d'autres mots, elles visent à éviter d'être tenté de consommer. Plus précisément, elles consistent à éviter ou à se distancier des situations, des lieux, des personnes, des objets ou des substances associés à la consommation qui risqueraient de ramener la femme à la consommation. Cette distanciation peut également se faire en utilisant des alternatives ou des substituts à la consommation.

D'abord, quelques participantes ont expliqué avoir déménagé pour la période leur permettant d'établir leur mode de vie de sobriété. « *J'ai resté là un an avec elle. Le temps de me rétablir toute et puis après ça, j'ai resté là quand j'ai demandé la garde de mes enfants. Après ça, j'ai obtenu la garde de mes enfants après* ». Parce qu'elle sait qu'il s'agit d'un stimulus pouvant l'amener à consommer, cette autre participante a choisi d'éviter les fêtes de maison :

C'est quand qui a un party de maison, *tsé* à Noël, on fait tout le temps des gros *partys*-là *pis* tout l'monde prend une bière. *Tsé* on est supposé se faire du *fun* là-dedans. C'est *moé* des *partys* de maison, j'sus pas capable. Il faut pas qui en aille. Ça m'incite à boire. *Pis* quand qui en a un, j'm'en vas. C'est un peu comme ça que c'est chez-nous. C'était, tout l'temps des *partys*.

Éviter ou se distancier de personnes associées à la consommation consiste, d'une part, à éviter les gens qui ont consommé et, d'autre part, à se distancier ou à éliminer les relations problématiques de son réseau social, par exemple, en faisant *le ménage de ses fréquentations* ou en posant des actions affirmatives, tels une plainte policière, un ultimatum ou une séparation d'avec un conjoint consommateur. Quelques extraits illustratifs de ces comportements sont cités ci-dessous.

Il y en a des gens qui viennent me parler quand ils sont chauds. Je leur dit rien que bonjour. « Ah! tu viens pas nous voir? » Bien je dis : Tu sais bien je consomme plus. C'est pas la question que j'ai peur de consommer, que je vais pas chez vous là, mais je trouve pas que c'est l'endroit idéal pour moi. [...] on peut se rencontrer comme ça quand on se rencontre sur la rue là ou bien tu vas à des places publiques là, on peut se rencontrer là, mais je pense pas d'aller chez vous.

J'ai fait le tour des amis de consommation, j'ai comme tout pfft! Tassé ça, je suis repartie en neuf là-dedans. Parce qu'en quelque part, j'ai compris que si je voulais repartir en neuf, c'était dans tous les domaines de ma vie. [...] *Fa que tsé* [...] C'est comme un panier de pommes en fin de compte [...] C'est pas parce que [...] je m'en vais là-bas me découvrir et je vais la remettre dans le panier, un moment donné à travers les autres pommes pourries, elle va pourrir pareil, [...] C'est un peu dans ce sens là.

En dernier, j'étais tannée là, j'ai fait des plaintes. [Mon mari] s'est fait ramasser un mois en prison. Là il a recommencé quand il est sorti de prison [...] Il a changé un peu, il a recommencé à boire mais je l'ai sorti dehors [...] Non! Fini moi! Fini de manger des volées là! Ah là j'étais au bout! J'en avais assez là [...].

Les SPA, ainsi que les objets qui ont servi à la consommation, consistent également en des stimuli qui peuvent contribuer à ramener certaines femmes à la consommation ou à déclencher des *cravings*. Ces objets peuvent être une bouteille de bière vide, une pipe à haschisch, une seringue, mais aussi des objets qui ont des utilités autres que la consommation de SPA dans la vie courante, telles une cannette, une cuillère, une boîte de

bicarbonate de soude. Ainsi, une participante explique que lors de sa thérapie, elle a abordé ce qui pouvait la ramener, éventuellement, à une rechute. Consciente que ces objets, qu'elle relie à la consommation, sont présents dans son appartement et qu'ils risquent de la ramener à une rechute, elle explique :

Fa que j'ai fait faire le ménage par une tierce personne [...] pour faire le tour autant que possible, tout ce qu'elle pouvait voir visuel là, ce qui pourrait me ramener à la consommation. [...] J'ai vidé mon loyer. Pour moi, c'est quelque chose qui me ramenait à mon ancien *pattern* de vie. Il y a plein de choses que j'ai changé comme ça. [...] J'ai changé de loyer en fin de compte. Et pendant que j'allais aménager avec ma famille, eux autres à travers tout ça, en paquetant les boîtes, si mettons il y a des choses de consommation qui traînaient, bien c'était comme poubelle. C'est toutes des choses que je voulais pas. [...] Des pompes, des pipes, *tsé*, c'est tout ce que j'ai utilisé pour consommer en fin de compte. [...] Parce que des cachettes regarde j'en avais partout. *Tsé* j'ai des enfants *fa que* pour moi c'est comme regarde, je laisse pas traîner ça sur une table. Tout était caché. Même je vais te dire aujourd'hui, j'ai de la difficulté encore avec la boîte de petite vache. [...] Une cuillère, *tsé!* C'est toutes des choses qui m'amènent moi à relier ça à consommer.

Par ailleurs, comme il est expliqué dans la section sur les motifs, plusieurs femmes utilisent les SPA pour *geler* un malaise intérieur. Lorsqu'elles arrêtent de consommer ces substances, ces femmes ressentent souvent de façon très intense des émotions désagréables pouvant les conduire jusqu'à des crises de panique. Pour apaiser cette souffrance et ne pas consommer à nouveau de l'alcool ou des substances illégales, une participante explique qu'elle prend des antidépresseurs et garde accessible un anxiolytique, au cas où une crise d'angoisse surviendrait. Elle dit :

C'est rien qu'une assurance pour *moé*. J'ai besoin de sécurité *pis* ça ça me sécurise, c'est comme mon poteau-là, à *moé* parce que j'en ai pas à *l'entour-là*. J'ai pas trouvé encore mon poteau-là, à part ça. Puis ça m'aide à pas boire aussi. J'tais pas capable de sortir de chez nous. J'étais agarophobe, j'avais peur de toute. C'est pour ça [que] mon moyen de pas angoisser, *ben* c'est de prendre des anti-dépresseurs aussi, puis mon zanax aussi qui m'sécurise. Quand j'sors dehors, si jamais j'panique, *ben* je sais que mon zanax est là. Si j'en prends la moitié d'une, je sais que ça va me calmer puis que j'vas revenir [à] l'esprit.

Pour une autre participante, son moyen de se distancier de la consommation consistait à dépenser son argent sur l'épicerie pour ne pas être tentée de le dépenser en

achetant des SPA. Ainsi, elle explique : « *On mettait toute notre argent sur l'épicerie. [...] Pour pas qui nous reste d'argent là. Fait que le premier du mois, c'est la grosse grosse épicerie puis après ça. Ouais, on dépensait toute notre argent là* ».

Même si ces stratégies d'évitement et de distanciation peuvent paraître n'être qu'un *plaster sur un bobo*, elles s'avèrent pratiquement essentielles à la résolution. En effet, lorsque les femmes arrêtent de consommer, elles doivent composer avec beaucoup de symptômes, tout en modifiant leur mode de vie. La consommation de SPA ayant servi d'automédication pour la plupart des femmes, lorsqu'elles arrêtent, elles perdent l'effet de chasser les émotions désagréables. Les femmes peuvent alors ressentir un torrent d'émotions qu'elles trouvent difficiles à gérer et qui se transforment souvent en anxiété et en crise de panique. Outre cet aspect qui incite souvent à retourner à la consommation, l'environnement physique et social attire aussi les femmes vers la consommation. Si les femmes ne mettent pas d'efforts pour éviter ces stimuli internes ou environnementaux, elles peuvent devenir plus à risque de rechute.

Une autre stratégie consiste à substituer la consommation de SPA par des récompenses afin de renforcer la sobriété. Ces récompenses attribuées sont des alternatives occupationnelles plaisantes, comme l'explique cette participante : « *Acheter. Pouvoir passer une belle soirée en écoutant la TV. On s'achetait des pop corn puis on écoutait la TV. [...] on s'louait un film. Avant ça, jamais on aurait faite ça. Là on l'voit toutes les affaires qu'on peut faire* ». Cette participante explique également acheter des récompenses avec l'argent qui serait habituellement utilisé pour l'achat de la substance : « *Là on pense à s'gâter. Oui. Puis on fait une grosse épicerie. C'est l'fun. Surtout quand*

t'es sur l bien-être, t'as hâte au premier ». Cette dernière stratégie qui, au départ, en était une d'évitement s'est transformée en des récompenses qui renforcent son mode de vie de sobriété.

Jusqu'à maintenant, les stratégies mentionnées avaient une utilité à court terme d'une part, pour lutter contre les *cravings* et, d'autre part, pour arrêter ou diminuer le comportement de consommation. D'autres stratégies ont, comme particularité, de viser le mieux-être ou la croissance personnelle de la femme, tout en étant utilisées de façon plus habituelle.

Stratégies dirigées à bâtir un mode de vie de sobriété

Les stratégies dirigées à bâtir un mode de vie de sobriété consistent en la troisième méta-catégorie, qui est centrale au processus de résolution, puisqu'une fois que ces stratégies sont intégrées au mode de vie, il y a plus de chances que les femmes s'en servent dans d'autres contextes. Ici, les femmes travaillent à améliorer leur environnement, à développer des habitudes plus saines et à modifier leurs façons de penser et de se comporter afin, d'une part, de ne pas retourner à la consommation et, d'autre part, d'être davantage adaptées à la culture des gens n'ayant pas de problématique de consommation de SPA.

Plusieurs femmes expliquent avoir travaillé à faire de nouvelles connaissances et à s'entourer de nouvelles personnes ayant un mode de vie plus sain. Il ne s'agit plus seulement d'éviter les gens en consommation, mais aussi de s'entourer de gens qui répondent davantage à leurs besoins réels. C'est le cas de la participante suivante qui

explique s'entourer de gens positifs qui pourront l'aider à ne pas oublier qu'elle est vulnérable lorsqu'elle se met en situation de rechute.

Fa qu'en me créant un cercle à l'entour de même de gens positifs, les moments où moi je veux pas me voir, bien elle la personne va m'aider à m'amener tranquillement à me regarder à prendre connaissance de ma maladie. Fa que là sur le coup ça a fait ok.

À ce stade, la plupart des femmes expliquent commencer à créer des habitudes qui sont souvent liées au mode de vie des AA. Ainsi, faire des *meetings* et prendre des responsabilités dans les *meetings* sont de nouveaux comportements que plusieurs participantes ont décrits comme ayant aidé à résoudre leur problème de consommation, tel qu'illustré par cette participante : « *Bien je faisais seulement ici 3, 4 fois par semaine. Mais ce qui m'a aidée c'est de faire du café, après ça voir des personnes. [De] prendre des responsabilités dans le mouvement* ». Outre le fait de préparer le café, les responsabilités qui sont mentionnées comme aidantes, à cette étape, ont été d'accueillir d'autres alcooliques dans les *meetings*, de faire des lectures, de préparer les salles AA, d'être secrétaire, de faire de l'animation, de donner de l'information publique dans les écoles et les centres de détention et, aussi, de faire des partages. Même si pour la plupart des participantes qui adhèrent aux AA cette prise de responsabilités est bénéfique et les aide à prendre confiance en leurs capacités, pour d'autres, ce l'est moins comme expliquent ces participantes. « *Pis j'avais de la difficulté à la prise de responsabilités. Ça là. On dirait que j'me sentais pesante après. J'me dénigrais tout l'temps* ». Concernant cette participante, elle n'avait tout simplement pas d'intérêt à prendre de telles responsabilités : « *Ça j'ai jamais pris ça. [...] Non. Et c'est sûr que c'est important de*

prendre des responsabilités là-dedans là. [...] Non ça m'intéressait pas. Ça m'a même pas [...] accrochée là ».

Plusieurs femmes expliquent effectuer, quotidiennement, un rituel matinal comprenant des lectures spirituelles, tel qu'expliquent ces deux femmes. « *Là c'est tout le temps. Moi le matin, moi je me lève et je remercie le bon Dieu moi de ma nuit et je lui donne ma journée et je lis mon 24 heures¹ ».*

Fa que pour moi tsé simplement le matin me connecter avec mon moi intérieur et me nourrir dans mes lectures spirituelles. Tsé prendre le temps de me connecter comme je te dis. Ça, ça fait comme bon ok, je me donne une chance de bien starter ma journée.

Lorsqu'elles sont intégrées au mode de vie, les pratiques spirituelles ne sont pas utilisées uniquement lorsque les femmes ont des difficultés ou essaient d'instaurer un changement. En effet, elles prient de façon plus régulière, de sorte que les pratiques spirituelles font souvent partie d'un rituel quotidien. Pour celles qui pratiquent la spiritualité amérindienne, certains événements et cérémonies sont organisés autour des saisons ou des lunes. C'est le cas des grands rassemblements autochtones qui ont lieu surtout l'été et de cérémonies, telle que celle de la pleine lune à tous les mois. La participation des femmes à ces rassemblements et cérémonies les a aidées à rester sobres, mais lorsque l'hiver revenait, une participante explique, pour sa part, qu'il lui devenait plus difficile de rester sobre.

L'été, je buvais pas parce qu'il y avait toutes les cérémonies spirituelles qui m'aidaient. L'hiver [...], là je rencontrais des amis, je prenais un verre de vin en mangeant, je me disais ah! je boirai pas gros tsé, je vais me contrôler. Mais j'étais jamais capable.

¹ Le 24 heures est un livre composé pour les AA. Il est constitué d'une pensée inspirante, d'une méditation et d'une prière pour chaque jour et a pour objectif de développer une solide base spirituelle pour demeurer abstinent un jour à la fois.

Plusieurs participantes spécifient que leur lieu de prière se situe dans la nature, en territoire ou en forêt comme explique cette participante, ce qui reflète bien l'importance du territoire naturel pour les Autochtones :

À toutes les fois que j'partais, j'bénissais mon camp avec de l'eau, l'eau de source. Même partout ou ce qu'on priaait. [...] Ouais, j'y allais là pour ça *moé*. Quand y arriverait de quoi qui était pas correct, *ben* j'allais prier là. Quand j'ai su que le feu était pris là, là. Je voyais la boucane chez nous. Ça sentait. Tous les soirs j'priaais, j'disais : Mon Dieu, protège mon camp. J'ai rien qu'là pour me ressourcer.

De même, il est intéressant de noter que quelques participantes ont affirmé que c'est lors du processus de résolution de leur problème de consommation qu'elles ont appris à prier, soit lors de leur participation à un traitement, aux *meetings* AA, aux rassemblements spirituels autochtones ou, encore, dans d'autres programmes de croissance personnelle.

Une autre habitude, qui s'est quelquefois développée, est de faire un bilan quotidien. Cette stratégie permet de se remémorer la journée au moment de s'endormir afin de voir ce qui a été fait de bien et de moins bien. Ayant un objectif d'amélioration continue, cette technique permet aux femmes de prendre conscience de leurs erreurs, de se pardonner et de tenter de faire mieux le lendemain. À ce sujet, les participantes suivantes affirment :

Faire un ménage, c'est toujours bon. Tout ce que t'as vécu de pas bon là, soit que tu demandes à améliorer ça. *Tsé* mettons que t'as pas été fin avec quelqu'un bien tu te pardonnes [...]. [Je me garde un moment pour repenser] avant le dodo. [...] C'est les outils de Alcoooliques anonymes, que tu transformes à ta façon.

Je me couche le soir et je fais mon inventaire de la journée. J'ai tu fais de quoi de pas correct? *Tsé* des fois, il t'arrive des petites affaires. Bon bien là, je fais tout le temps mon inventaire. [...] Je me couche et je fais ma prière et je dors.

Bien que la stratégie d'aider les autres soit davantage utilisée à l'étape du maintien, elle est tout de même mentionnée par quelques femmes comme ayant aidé à la résolution. Leurs façons d'aider les autres sont variées. Pour une participante, il s'agissait d'enseigner son art à d'autres personnes, comme une stratégie adéquate pour s'évader des problèmes. Pour une autre, c'était de guider des cérémonies spirituelles autochtones afin d'aider les autres à guérir. D'autres participantes aident en racontant leur propre vécu et, enfin, quelques femmes parlent du soutien qu'elles ont apporté à leurs enfants, soit en les aidant à se sentir de bons parents ou en leur transmettant la culture autochtone.

La libération émotionnelle fait également partie du nouveau mode de vie de ces femmes. Comme expliqué plus tôt, en cessant de consommer, les femmes se retrouvent parfois démunies face à la gestion de leurs émotions, puisque la consommation avait souvent comme effet de les réprimer. Elles réapprennent donc tranquillement à apprivoiser leur monde émotif et développent des stratégies de libération émotionnelle, comme exprimer et nommer leurs émotions, écrire pour se libérer, partager leur vécu, se pardonner leurs erreurs et se rassurer lorsqu'une émotion émerge. Ainsi, une participante, qui explique avoir consommé une grande partie de sa vie pour geler ses émotions, rapporte devoir se rassurer lorsqu'une émotion jaillit.

Ça fait comme mes émotions là un moment donné je les ai gelées tellement longtemps que *brasser*, il me monte une émotion, ça fait ah! Qu'est-ce qui se passe là *tsé*? C'est quoi là? Ça [...] m'amène à me questionner. Je suis pas habituée à ça moi. [...] Et je réapprends à vivre. Et c'est correct, ça fait comme, ok là, prends ça *cool* [...] là, énerve-toi pas là, regarde ça va passer, c'est correct, c'est normal, c'est l'émotion *tsé*.

Une catégorie d'habitudes qui est généralement nouvelle à ce stade consiste à soigner le corps et l'esprit, notamment en se valorisant, en se complimentant et en prenant

soin de soi. C'est souvent en changeant leur mode de vie de consommation que les femmes commencent à s'occuper d'elles et à s'accorder de l'importance. Tel qu'expliqué dans la section sur les motifs, plusieurs participantes ont mentionné ne pas s'aimer lorsqu'elles consommaient. Puis, une expérience relationnelle d'amour, d'aide ou de soutien inconditionnel est venue contribuer à motiver leur décision à changer et, par le fait même, semble avoir ouvert la voie à ce qu'elles puissent s'aimer. Un tel événement pourrait expliquer ces nouvelles habitudes. Ainsi, la participante suivante explique :

Moi je le dis j'm'aime là, *tsé* j'aime, j'aime ma face *tsé*. [...] J'me l'dis souvent *moé* dans l'miroir : T'as tu *ben* passé une bonne nuit [...] ? Dans le fond, je le sais que c'est *moé*, c'est *moé* que je me parle là. Je me comprends. [...] Je prends soin de moi.

Enfin, même si auparavant les demandes d'aide étaient parfois présentes, elles deviennent une stratégie de plus en plus intégrée au mode de vie. Pour plusieurs, il s'agit d'un apprentissage.

Outre la modification de leur réseau social et la création de nouvelles habitudes, les participantes mentionnent également manifester de nouvelles attitudes et façons de penser qui s'intègrent dans leurs comportements. Ainsi, un premier type d'attitudes consiste à établir des limites cognitives ou émotives entre soi et l'autre, de façon à ne plus se laisser déranger par l'autre. Plusieurs expliquent l'importance qu'elles accordent à « vivre et laissez vivre », tel qu'exprime cette participante :

[...] Laisser faire et laisser vivre là. [...] Ça je l'ai toujours fait moi, quand même que je ferais semblant, je l'ai toujours fait. Ce que le monde vivent, c'est leur [affaire] c'est pas le mien. Le mien, c'est le mien, c'est pas l'affaire des autres. Mais sauf que là je l'ai vu autrement quand même là parce que laisser vivre, laisser faire c'est, toi tu consommes plus, mais tu peux pas amener tout le monde à cet endroit-là pour qu'ils puissent arrêter *tsé*. C'est eux autres qui vont savoir quand. Quand ça va être l'heure de vouloir arrêter bien ils vont faire aussi comme moi et tout ça. Mais quand même, c'est des personnes que tu voudrais aider et qu'ils veulent pas s'aider, qu'ils veulent pas, bien tu peux pas rien faire là. Tu laisses faire et c'est tout. C'est leur vie! [...] Ça m'a aidée un peu. Ça m'a aidée au niveau de ma famille là, il y en a qui consomment et je me dis, c'est leur chose, c'est leur affaire, mais moi je peux rien faire, j'embarquerai pas dans leurs souliers ou dans leurs bottes.

Ne pas se préoccuper du jugement des autres, tout en ne jugeant pas les autres est également une attitude de mettre ses limites entre soi et l'autre, tel qu'exprime cette femme :

Ça me dérange pas ce que le monde ils peuvent parler comment je fréquente ces gens-là. Qu'est-ce que ça peut bien me faire moi? Je me suis dit j'ai rien qu'une vie à faire. Si tout le monde juge d'après ce que d'autres gens ils viennent parler à d'autres à cause qu'on a pas la même scolarité, on est pas aussi [...] À cause qu'ils sont plus bas [...] du genre de vie qu'ils ont, leur habillement ou n'importe quoi. Moi ça me dérange pas. Je me suis dit, j'ai déjà eu un problème, pourquoi eux si ils ont eu un problème, ils ont pas eu d'information à s'abstenir d'arrêter de boire.

Pour d'autres, il s'agit d'une nouvelle façon de penser et d'interagir qui a souvent été apprise ou consolidée chez les AA. Certaines participantes avaient déjà cette attitude même lorsqu'elles consommaient, mais depuis qu'elles sont sobres, elles l'ont intégrée d'une façon différente.

Une autre stratégie cognitive souvent employée pour mettre ses limites entre soi et l'autre consiste à départager ce qui appartient à soi de ce qui appartient à l'autre. Une participante illustre bien cette stratégie en expliquant qu'il est important de ne pas prendre sur soi la responsabilité des comportements colériques des autres parce que, souvent, ça ne concerne que les autres et non soi-même. « *Penser que l'autre est en colère à cause de soi n'amène qu'à se blesser inutilement* », selon ses dires. Une autre

participante raconte, quant à elle, ne pas se tracasser avec le fait que ses enfants ne lui ont pas pardonné son ancien mode de vie de consommation. Elle exprime que cela leur appartient à eux et non à elle, n'ayant pas le pouvoir de changer le cours des événements. Ces stratégies aident les femmes à ne pas ressentir d'émotions désagréables. Comme plusieurs femmes ont mentionné que ces émotions peuvent les ramener à la consommation, ces stratégies jouent, sans doute, un rôle préventif important. Pour une des femmes, oser prendre sa place et communiquer à l'autre ce qui est dérangeant est une autre façon d'établir ses limites entre soi et l'autre.

Manifester des comportements et des cognitions qui sont davantage cohérents avec les besoins réels des femmes est aussi une nouvelle façon d'aborder le quotidien. Les démarches de rétablissement que les participantes ont entreprises les amènent à mieux se connaître, notamment à comprendre et à différencier leurs besoins réels de leurs désirs. Pour plusieurs participantes, la consommation de SPA peut répondre à un désir de geler les émotions, mais elle ne répond pas pour autant à leurs besoins. Ce nouveau type de stratégies se manifeste de différentes façons. Ainsi, acquérir un équilibre entre la tête et le cœur, décider en fonction de ses vrais besoins, garder un contact conscient avec soi-même, travailler à augmenter l'estime de soi, mettre de côté les apprentissages inadéquats pour soi, ne pas seulement penser et parler, mais également agir en sont quelques exemples. En ce sens, la participante suivante explique l'importance d'établir un équilibre entre la tête et le cœur dans le processus décisionnel :

Essayer de garder un certain équilibre aussi quand on prend des décisions plus de cœur ou plus de tête. C'comme si j'sus dans une balance. C'est sur qu'au début on est pas capable. Si tu fais toute avec ton cœur, tu vas regretter de pas y avoir pensé.

Pour sa part, une autre participante exprime avoir fait des choix qui sont davantage conformes à ses besoins, même si cela requérait encore plus d'efforts de sa part et ne répondait pas à ses désirs à court terme. Garder un contact conscient avec soi-même s'avère également une volonté mentionnée par plusieurs femmes. Toujours en ce qui concerne cette même participante, cela signifie de *se regarder, se poser les bonnes questions et de mettre de l'honnêteté dans sa vie*. Elle mentionne avoir fait les réflexions suivantes :

Qu'est-ce que je veux maintenant? Et qu'est-ce que je suis prête à faire maintenant pour me rétablir? *Tsé* c'est toutes des choses que je me suis posée la question pour me rétablir. J'ai consommé à quel prix? À n'importe quel prix. Dans ma tête à moi, ça fait comme prendre le temps positivement dans mon rétablissement, me rétablir à n'importe quel prix, aille ça va comme : [...]! Je vais sûrement arriver à quelque chose parce que regarde comment je suis arrivée à me geler et à me détruire [...] *tsé*.

Un peu plus tard dans l'entrevue, elle affirme, toujours au sujet de cette stratégie de rester en contact avec soi-même :

J'ai besoin de ça m'observer. [...] À partir du moment où j'arrête de me regarder, moi, et je regarde à l'extérieur. [...] C'est ça qui peut m'amener dans des processus de rechute. [...] Mais en ayant un regard conscient sur moi-même, bien ça me permet [de] me parler. C'est ça que j'ai de besoin sinon...

Manifester intentionnellement de l'optimisme est aussi un type de stratégie que les femmes utilisent davantage, soit en tentant de voir le côté positif des choses, même si elles semblent négatives, et en ne se mettant pas de barrière. Ainsi, une participante explique que ce qui l'a aidée et l'aide toujours à garder le *cap* se résume à focaliser sur ses progrès et les gains qu'elle a obtenus depuis le début de sa sobriété. De plus, elle explique aussi regarder tout le chemin qu'elle a fait, au lieu de celui qui lui reste à

parcourir. Pour sa part, une autre participante apporte une belle analogie pour illustrer ce changement de perception. Elle s'explique à l'aide de l'image d'un petit point noir sur une page blanche. Auparavant, elle focalisait sur le point noir, ce qui l'empêchait de voir la page blanche. En prenant conscience de son cheminement, notamment en participant à cette recherche, elle est aujourd'hui capable de voir l'ensemble de la page blanche avec le petit point noir dessus. Une autre participante dit :

C'est aussi, des fois dans notre tête y a quelque chose qui va pas *ben, ben* c'est changer notre point de vue, d'essayer de voir le côté positif de la *patente pis* de se dire que de toute façon, on contrôle rien *pis* c'est au-delà de notre contrôle, de notre volonté. Parce que c'est ça, quand on *shire* sur des *p'tites christ* de *patentes* négatives c'est là que tu peux partir *ben* loin. Ça donne soif des affaires de même. Changer de point de vue, la perception, voir les côtés positifs.

À ce sujet, cette participante affirmait un peu plus tôt dans l'entrevue :

Moi j'avais sorti la phrase : Chercher les côtés positifs des choses c'est la clé du bonheur. Et, en quelque part, je me suis accrochée [à ça]. Je trouve ça important parce que [...] la perception que t'as, des fois tu fais juste changer ta perception d'une chose *tsé*. Tu peux voir la vie dans tout ce qui t'arrive et voir le négatif tout le temps. Mais si tu prends la même situation et que tu la regardes d'un autre point de vue et tu cherches ce qui est positif dans cette situation-là et t'en tires la leçon, tu vas moins souffrir de ce qui t'arrive et ta souffrance va être moins dure. *Fa que* ça c'est important, changer la perception.

Le fait qu'elles avaient souvent peu confiance en elles, qu'elles étaient perfectionnistes et même parfois obsessives dans plusieurs domaines de leur vie, avait pour effet de leur fixer de hautes exigences, lorsqu'il s'agissait d'entreprendre de nouvelles choses. Elles avaient alors une attitude défaitiste qui, pour plusieurs, a mis un frein à leur épanouissement. Bien conscientes de cela, certaines participantes ont adopté la stratégie de ne pas se mettre de barrière, pour aller de l'avant.

Lâcher prise et la dédramatisation des situations dérangeantes, notamment en riant de soi, constituent aussi des stratégies intégrées au mode de vie. Le *lâcher prise* est souvent mentionné en abandonnant aux mains du *Créateur* ce sur quoi elles n'ont pas de

contrôle. Ceci est fréquemment retrouvé dans les autres méta-catégories. Quant à la dédramatisation, cet extrait l'illustre bien : « *De rire de ce que je suis ou des gaffes que j'ai faites. De rire de, de dire : Hey, c'était stupide, mais c'était drôle* ».

D'autres stratégies du mode de vie qui peuvent être ajoutées ici comprennent celles des autres slogans des AA. La plus fréquemment mentionnée est sans contredit « vivre au jour le jour ». Cette stratégie, souvent utilisée lors du sevrage, devient rapidement une façon de penser qui peut être appliquée à des difficultés autres que celle de la consommation. L'extrait suivant illustre bien l'impact positif de cette nouvelle façon de penser pour cette participante :

En quelque part c'est comme changer ma perception des choses. [...] Au lieu d'avoir la peur de demain bien j'accepte que ce qui est merveilleux dans le mode de vie. C'est juste pour aujourd'hui. Ah! Ok c'est juste pour aujourd'hui, c'est correct. C'est correct *tsé*, parce que moi si tu me dis pour la balance de mes jours ça fait comme, bien là je vais y penser deux fois. [...] Un jour à la fois. [...] *Fa que* pour moi, ça me permet vraiment de vivre l'acceptation juste pour aujourd'hui *tsé*. Je ne peux pas me permettre [de] regarder demain, après-demain parce que là, la machine elle commence à tourner. Et ça, ça peut être des choses qui m'amènent aussi à des processus de rechute comme mon refus de m'investir pour le reste de ma vie.

Il y a également les autres slogans qui sont aussi fréquemment mentionnés, tels « L'important d'abord » qu'elles expliquent comme l'importance de se ramener à soi et à sa sobriété, « Agir aisément » qu'une participante explique dans les mots suivants: « *Je vais prendre du recul un peu là et je vais y penser avant voir si c'est bien correct. Bien souvent c'est pas correct partout là* » ainsi que « Pensez, méditez, pensez » qui signifie ne pas seulement penser mais aussi réfléchir profondément.

L'expérience des femmes, depuis le début de leur sobriété, les a conduites à avoir conscience de ce qui peut les ramener à ressentir un *craving*. Par conséquent, elles sont plus vigilantes face aux signes précurseurs. Lorsqu'un déclencheur survient et qu'elles

perçoivent un risque de vivre cette sensation de manque de SPA, elles mettent de l'avant des stratégies qui visent à éliminer ou à maîtriser le déclencheur ou ses effets.

Stratégies visant la prévention de l'apparition d'un craving anticipé par un déclencheur

Ce type de stratégies constitue la quatrième méta-catégorie. Au lieu d'attendre et de lutter contre le *craving* pour ne pas rechuter, les femmes sont ici proactives et tentent d'éliminer ou de maîtriser ces déclencheurs. Ces derniers peuvent consister en un événement de vie (p. ex., épisode de violence conjugale), mais peuvent aussi être des facteurs cognitifs, comme des symptômes de reviviscence d'un trauma ou des facteurs émotionnels, telle la présence de certains affects. Certaines des participantes expliquent aussi que lorsque surgissent de tels déclencheurs, elles pratiquent une spiritualité, demandent de l'aide ou utilisent de la médication.

Comme dans les autres méta-catégories, prier ou parler à un être spirituel est une stratégie fréquemment utilisée pour gérer ou faire disparaître le déclencheur. La plupart du temps, les femmes expliquent y abandonner au *Créateur* ce sur quoi elles n'ont pas de contrôle, comme cité ci-dessous :

C'est ça avoir la foi et être honnête [...] On donne tout! Ça va mal d'un bord [...] tu dis [...] bon! Prends ça dans tes mains là et je sais que tu vas m'arranger ça et ça marche. Il y a rien qui [ne] s'arrange pas dans la vie, tout s'arrange!

Des fois je me dis : pourquoi tu m'as donné ça? Et pourquoi tu m'as pas donné d'autre chose à la place? Il me semble qu'il y a d'autre chose que j'aurais mieux pris que ça. Mais la foi, j'ai toujours eu la foi. [...] Je lui parle et des fois je lui dis : tiens! Je te laisse ça toi, fais-en ce que tu veux.

Les pratiques issues de la spiritualité autochtone sont également utilisées lors de ces situations, en particulier un rituel de purification. Ce rituel consiste à faire brûler une ou plusieurs des quatre herbes considérées sacrées par les Autochtones (sauge, tabac, cèdre

et foin d'odeur) dans un coquillage et à se purifier de la fumée qui s'en dégage. Une participante explique pratiquer le rituel de la purification lorsqu'elle vit des difficultés : *« Même que je fais, la purification. Ça m'aide beaucoup. Quand j'ai un problème ou que j'ai de la misère à supporter quelque chose là, je me purifies ».*

Demander de l'aide est aussi une stratégie importante quand un déclencheur survient. À ce sujet, la participante suivante explique : *« Quand ça va mal, quelque chose, bien t'appelles un autre membre et après ça, pour discuter avec lui, et t'appelles avant ton premier verre ».*

Par ailleurs, une participante mentionne, pour sa part, utiliser de la médication lorsqu'elle est en présence d'un déclencheur. Cette femme explique que lorsqu'elle se couche tard, elle se réveille avec les mêmes symptômes que si elle avait surconsommé la veille. Afin de ne pas ressentir un *craving*, elle prend alors un anxiolytique.

Si j'me rends à quatre heures là, le lendemain, c'est comme si j'aurais pris une vraie brosse. Hey là ça m'tente pas d'r'commencer pantoute. Pis c'est des symptômes de ça aussi, le réveil du lendemain. Ça c'est l'enfer! Ça j'sus pas capable! Dans ce temps là j'prends des Zanax. Parce qu'on dirait que j'sus toute en panique.

Pour une autre qui devient vulnérable quand quelqu'un joue dans ses faiblesses, elle a développé un comportement interne de mettre des limites émotives et cognitives entre elle et autrui afin de se protéger, tel que l'illustre cet extrait: *« Quand quelqu'un vient jouer dans mes faiblesses, je sais qu'à quelque part, il m'connaît, tsé. Puis j'essaye de m'protéger. »*

La cinquième et dernière méta-catégorie concerne plus particulièrement les stratégies qui visent la résolution ou la maîtrise d'un problème lié à la consommation, telle que des abus sexuels subis à l'enfance ou de la violence conjugale, que certaines

participantes continuent à subir. Bien que ces stratégies soient dirigées directement sur une problématique autre que la consommation, elles influencent aussi le processus de résolution puisque ces problèmes sont reliés à la consommation problématique et même, semblent souvent l'expliquer, en partie. Il est permis de croire que les femmes s'adressent ici aux racines mêmes du problème de consommation, en travaillant sur de telles problématiques.

Stratégies visant la résolution d'un problème lié à la consommation

Il s'agit de stratégies destinées à guérir, à gérer ou à apaiser ces problèmes. Les femmes parlent de cinq types de stratégies : 1) travailler les blessures du passé; 2) pratiquer une spiritualité; 3) se libérer émotionnellement; 4) demander de l'aide et utiliser une aide thérapeutique; et 5) se rassurer lors de difficultés d'acquisition d'habiletés liées à la non-consommation.

Bien qu'il ne s'agissait pas de l'objet de cette recherche, plusieurs femmes ont abordé leurs traumatismes et blessures passés et présents, comment ils ont influencé leur consommation et comment elles s'y sont prises, de façon concomitante ou non, pour tenter de se guérir de leurs séquelles. Une participante a expliqué ne pas pouvoir aborder comment elle s'est sortie de son problème de consommation sans raconter pourquoi elle consommait. Alors que pour certaines, elles expliquaient leur vie par rapport à la consommation du début jusqu'à aujourd'hui, d'autres ont abordé leur résolution, mais ont spontanément fait des allers/retours dans leur propre histoire pour compléter les liens existant avec leur passé. La méthodologie choisie, c'est-à-dire une entrevue semi-dirigée, souple quant à l'aspect directif, a permis l'émergence de ces contenus.

Il s'avère donc que les participantes ont souvent un lourd passé de violence, d'expériences d'abandon et de marginalité quant à leur culture. Leur trajectoire est souvent parsemée de problèmes semblant n'être qu'une suite logique : pauvreté, violence conjugale et familiale, dépendances de toutes sortes, négligence parentale et problématiques de santé mentale, telles que des états dépressifs, anxieux, des crises de panique, de l'agoraphobie. Tenter de guérir ou d'apaiser les blessures subies pendant son histoire constitue une catégorie de stratégies importantes. Plusieurs participantes expliquent s'être confiées à quelqu'un, être allées au fond des choses et avoir raconté leur vie, comme des stratégies qui les ont beaucoup aidées. Pour certaines, le fait de se sentir différentes et isolées, les amenait à s'isoler elles-mêmes davantage et à considérer l'idée de se confier à quelqu'un comme inconcevable. Ainsi, une participante a mentionné avoir utilisé cette stratégie pour la première fois lors de son traitement :

Quand j'ai sorti de là, je me rappelle quand j'sus arrivée chez nous là. J'm'assisais dans le divan puis je regardais tout le monde qui *sontait* là, ils *sontaient* toutes contents de m'voir puis j'croyais pas, pas à *moé* que j'ai pu faire ma thérapie puis m'confier à quelqu'un, *moé!* *Tsé* [moi] -là! J'croyais pas à ça! [...] Parce que je ne l'avais jamais, parce que *ben* non parce que je me disais : C'est rien *moé* qui a vécu ça, y a personne d'autre. Je me sentais toute seule à avoir vécu ce que *moé* j'ai vécu, *tsé* c'est. [Je pensais que quelqu'un qui n'avait pas vécu ça ne pouvait pas comprendre.] Puis la personne avec qui j'ai parlé m'a parlé de lui après pour me faire sentir à l'aise puis c'est comme ça que j'ai pu sortir mes choses.

Ce qu'explique cette participante n'est pas spécifique à elle seule puisque c'est souvent lors de leur premier traitement ou lors des premiers *meetings* AA que les femmes, non seulement parlent de leurs problèmes pour la première fois, mais aussi découvrent que leur vécu est similaire à celui d'autres alcooliques, comme l'illustre l'extrait suivant :

Au début quand je suis partie en thérapie là, la thérapeute a dit ce soir là on va avoir un *meeting*. *Fa que* moi je savais pas c'était quoi un *meeting* là. Et là le soir on écoute ça. T'écoute la madame là et là elle a vécu toutes les mêmes affaires que j'ai vécu moi! Tout, tout, tout! Et là j'étais fâchée moi là! Je disais à la thérapeute : C'est toi qui a bavassé mes problèmes à elle? *Tsé!* Je comprenais pas là!

Outre ces stratégies, plusieurs femmes ont commencé à aborder les abus qu'elles ont subis. Elles ont tenté de comprendre, d'accepter, de pardonner et de guérir de leurs effets.

Les pratiques spirituelles, plus particulièrement, prier ou parler au *Créateur* en lui abandonnant ce sur quoi elles n'ont pas de contrôle se veut souvent la stratégie privilégiée, tel que l'exprime la participante suivante : « *Quand j'avais des problèmes, je me disais : Bien là je m'abandonne à toé. Fais ce que t'as à faire* ». De même, confier ses proches au *Créateur* est aussi une stratégie comme l'explique cette autre participante, dont ses enfants refusaient de lui pardonner son ancien mode de vie d'alcoolique. « *Je les aime. Dieu prend soin de nous autres et je les ai donnés à Dieu, moi je peux plus rien faire pour eux autres. Je les ai confiés à Dieu et Dieu nous aide dans tout* ». Demander de l'aide au *Créateur* fait également partie de cette catégorie, tel que l'explique cette participante qui avait peur de se faire battre par son mari et qui entretenait la « conversation » suivante avec le *Créateur* :

À partir d'*icitte*, j'ai marché au bord du lac, tout le long, y faisait beau. J'parlais au *Créateur* : Aujourd'hui, j'ai pas peur. T'es avec *moé* là. *Tsé* j'marche avec *toé*. J'y dis : j'pas prête à t'laisser. Quand j'arrive chez nous, j'dis : J'veux qu'la peur disparaisse. *Tsé* parce [que mon mari] voulait m'pogner des fois. J'capable d'y faire face aujourd'hui. J'ai rentré chez nous là. C'tait *ben* calme quand j'ai rentrée. Lui y était couché sur l'divan. J'ai dit : rentre avec *moé*, j'ai peur. *Tsé* j'y parlais de même là. J'ai dit : rentre avec *moé*, j'ai peur. Y va m'pogner. Mon mari était couché sur l'divan. Y dit : Si tu veux *boére* du café, j'en ai faite du café. J'ai venu assez l'saut là, la manière qui m'parlait là. J'ai venue assez l'saut là. Ça m'a paniquée. J'ai été directe dans ma chambre. Avant ça y bourrassait tout l'temps, tout l'temps. Avant y disait : La *calisse* a arrive elle *tabarnaque*, j'vas y *calisser* mon poing dans face. Y m'disait ça *tsé*. Des menaces. *Pis* là était *ben* calme. Y disait : [...] si tu veux prendre un café [...] l'café est prêt y est encore chaud, j'l'ai faite. [...] Mon p'tit gars qui est descendu. A dit : pour la première fois qui disait ça : Fais pas d'bruit, maman est allée s'coucher. C'était fini, à partir de c'moment là, j'avais pas peur *pantoute, pantoute*.

L'aide thérapeutique utilisée qui est destinée à guérir, à traiter ou à soulager le problème travaillé de façon concomitante au déploiement d'efforts de diminution ou d'arrêt de consommation de la ou des substances, est plus rare à l'étape de la résolution, mais quelquefois présente. Ainsi, la participation à une forme d'aide thérapeutique, telle que les AA, une psychothérapie ou des ateliers de croissance personnelle, sont les principales aides utilisées. Comme expliqué dans la section sur les motifs, des séjours à l'hôpital pour crises suicidaires, lors du *bas-fond*, font également partie de cette méta-catégorie. La participante suivante explique avoir amélioré ses habiletés sociales en participant au mouvement des AA :

Quand j'sus arrivée dans AA après là, j'tais tout l'temps assis en arrière parce que moi j'tais une personne qui parlait pas à personne. J'tais tout l'temps assis dans un coin puis c'est ça, je me dis que AA m'a montré à marcher, m'a montré à parler, m'a montré à rire.

Une informatrice a mentionné avoir fait, en cette période, une psychothérapie à la suite du décès de sa mère. Finalement, une participante, qui ne s'est pas sentie aimée par ses parents, explique avoir suivi un atelier de croissance personnelle l'amenant à retourner dans l'utérus de sa mère et à revivre sa naissance. Ainsi, elle s'est sentie, pour la première fois, désirée et aimée par ses parents.

Tu retournes dans l'utérus de ta mère. Ça, ça m'a aidée aussi parce que *moé* j'étais comme, je me sentais rejetée de ma famille. *Tsé*, je me sentais pas aimée par ma mère, mon père, je me sentais comme pas désirée. C'est là que j'ai appris que mes parents tenaient à moi aussi, m'aimaient. [...] C'est quand j'ai retourné dans l'utérus de ma mère. C'est quand à l'accouchement, je me suis sentie comme sortie. Tu rentres vraiment dans là, ça pas de bon sens. Quand j'ai r'sortie, là j'ai senti comme ma mère prendre dans ses bras puis me serrer fort là *tsé*. C'est là que j'ai senti que j'étais désirée aussi. [...] L'amour de ma mère puis mon père. [...] Avant ça, je me sentais rejetée par eux-autres avant. [...] Je ne me sentais pas aimée.

La libération émotionnelle s'est également révélée une partie importante des stratégies dans cette méta-catégorie. La libération émotionnelle est composée de stratégies visant à tenter de libérer la personne de l'emprise d'émotions refoulées, non exprimées ou simplement d'émotions désagréables, ici, reliées à d'autres problèmes que celui de la consommation. Pour parvenir à cette libération émotionnelle, plusieurs moyens sont utilisés dont, exprimer, vivre ou nommer ses émotions; demander pardon à ceux qu'on a fait souffrir; pardonner à ceux qui nous ont fait souffrir; parler de ses difficultés avec quelqu'un qui en a vécu des similaires; et écrire pour se libérer.

Plusieurs participantes expliquent que lors de la résolution de leur problème de consommation, elles éprouvent parfois des difficultés. Elles adoptent alors comme stratégie de tenter de se rassurer. C'est le cas d'une participante, qui, ayant de la difficulté à regarder les gens dans les yeux, se disait: « *Ok, écoute là, j'pas en train de raconter des mentries là. Tsé, c'est la vérité pis c'est vrai* ». Cette autre participante éprouvait des sentiments de panique lorsqu'elle se retrouvait dans la foule et se disait pour se rassurer : « *Tant et aussi longtemps que je serai avec le bon Dieu, je n'aurai rien à craindre* ». Elle pouvait ensuite mieux respirer et se sentir plus calme.

Stratégies aidant le maintien de la sobriété

Il a également été demandé aux participantes quelles ont été les stratégies qui les ont aidées à maintenir leur sobriété. Comme à l'étape précédente de la résolution, cinq méta-catégories de stratégies ont été formées. Bien que les stratégies de gestion des *cravings* tendent à diminuer avec le temps de sobriété, elles demeurent néanmoins toujours présentes pour la majorité des participantes. Quant à la deuxième méta-catégorie, de l'étape de la résolution, soit les stratégies dirigées vers l'arrêt ou la diminution de la consommation, celle-ci devient, pour la phase maintien, celle des stratégies visant la consolidation des acquis, qui est composée, en grande partie, des mêmes stratégies de l'étape précédente qui continuent à être utilisées. Ensuite, la troisième méta-catégorie, qui comprend les stratégies qui visaient à bâtir le mode de vie, demeure toujours présente, elle aussi, à ce stade et très importante, puisque ces stratégies se font de plus en plus nombreuses et visent à la fois le maintien à long terme du changement, de même que l'épanouissement. Au stade du maintien, cette troisième méta-catégorie est donc nommée stratégies de consolidation du mode de vie de sobriété.

Quant à la quatrième méta-catégorie, soit celle des stratégies qui visaient la prévention d'un *craving* anticipé par un déclencheur, elle demeure aussi présente lors du maintien. Par contre, étant donné que les déclencheurs tendent à perdre leur pouvoir de déclencher un *craving*, cette méta-catégorie est nommée ici : stratégies de gestion des stressors. Finalement, la méta-catégorie des stratégies visant la résolution d'un problème lié à la consommation devient plus fréquemment employée au stade maintien, qu'elle ne l'était lors de la résolution. Ceci, peut être dû au fait que n'ayant maintenant

plus besoin de se concentrer sur la résolution du problème de consommation, la voie devient libre pour travailler d'autres problématiques qui s'avèrent souvent présentes chez les participantes. À la suite de la figure 3, les stratégies de chacune de ces méta-catégories seront davantage expliquées.

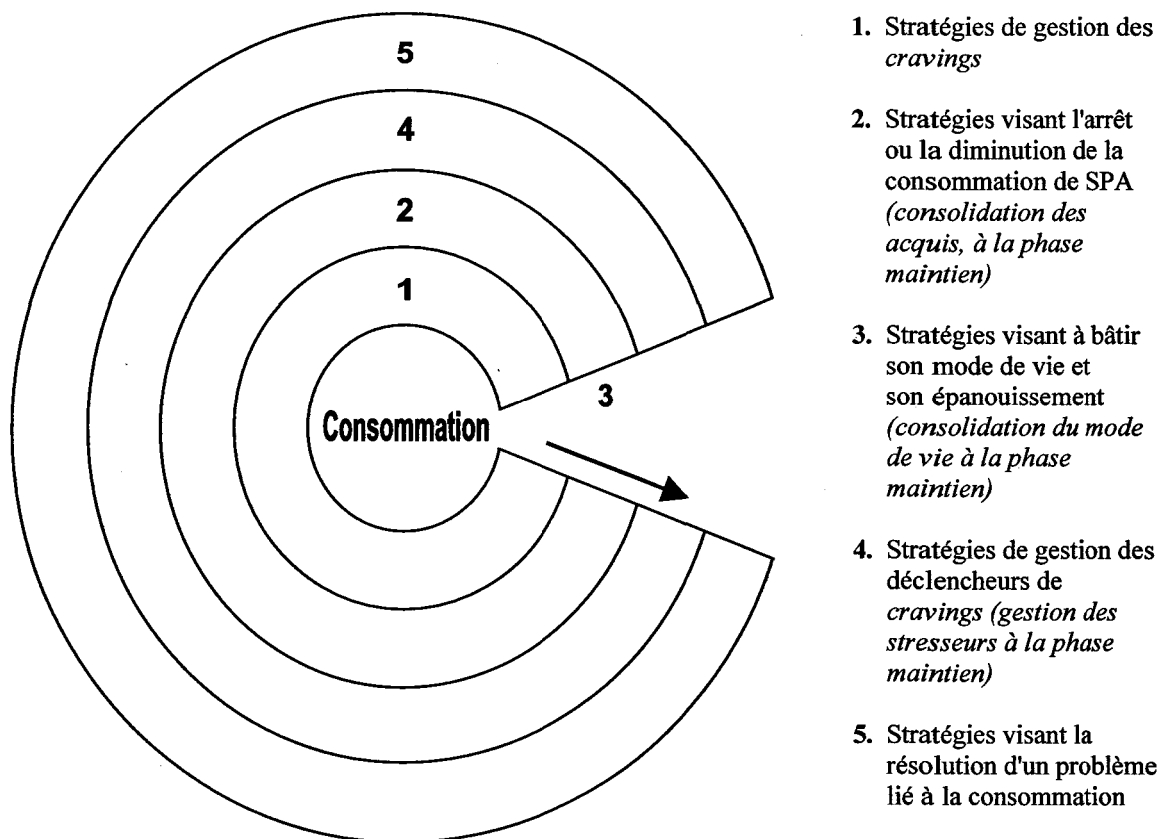


Figure 3. Stratégies utilisées lors des phases de résolution et de maintien.

Stratégies de gestion des cravings

Ce type de stratégies, composant également la première méta-catégorie à l'étape du maintien, demeure important, particulièrement lors des premières années de sobriété puisque, pour la plupart des participantes, cette sensation de manque survient encore

assez fréquemment. Leurs stratégies demeurent les mêmes qu'à la phase de la résolution, c'est-à-dire prier, éviter ou se distancier des stimuli physiques qui peuvent mener à la consommation, tel qu'en quittant le lieu où les gens font usage de SPA. De même, reporter le moment de consommation, utiliser des alternatives à la consommation, se raisonner en s'exposant les conséquences et demander de l'aide s'avèrent encore des stratégies utilisées à ce stade-ci. La participante suivante témoigne que même après un an de sobriété, sa lutte contre la consommation est toujours intense puisqu'elle éprouve encore des envies de consommer :

Fa que quand je me vois aussitôt que je suis là-dedans mettons, je suis dans un état négatif, que oh! La consommation m'effleure l'esprit. Bien ça fait comme ok [...] *tsé* je pogne le téléphone ou je prends quelqu'un sur la *snick*. [...] *Tsé* dans le fond, le jeton des AA qu'ils remettent à un nouvel arrivant, qui dit appelle avant de boire. Ça aujourd'hui j'ai acheté ça dans le sens que c'est dans tous les domaines de ma vie *tsé*. Ça fait comme avant de poser un geste qui [...] va m'amener à consommer, [...] j'appelle, demande de l'aide *tsé*.

Les *cravings* se font de plus en plus rares et tendent même à disparaître au fur et à mesure que le temps passe. Malgré cela, il semble tout de même que des envies de consommer surviennent encore occasionnellement, même après plusieurs années de sobriété, tel que témoigne l'exemple du couple suivant qui a participé au mariage de leur enfant. Cet événement a eu pour effet de déclencher un *craving*, malgré plusieurs années d'abstinence. Cette participante a donc pris l'initiative de retarder le moment de consommation, comme l'illustre l'extrait ci-bas :

Et là mon mari ça lui tentait là lui là. Moi aussi ça me tentait! Là je dis à mon mari, on va attendre, parce que ma belle-mère était à côté de moi. J'ai dit je vais attendre que ta mère s'en aille et ma belle-mère s'en allait pas là. Et là à 9h00 je dis à [mon mari], il faut que j'aille reconduire [quelqu'un] après on ira en chercher de la bière. Il dit ok. Et je reviens, ma belle-mère était encore là, elle était pas partie encore. Et là [mon mari] a dit : *Pis* on y vas-tu là chercher de la bière? J'ai dit : Attends, ta mère est là, elle va être découragée de nous autres là. Ça fait que, là quand elle est partie, [quelqu'un] est venu nous voir, *pis* : T'en vas-tu chez vous là? Il était *quasiment* 10h30 là. Là mon mari il me regarde : Dépêche-toi l'épicerie va fermer là. [...] Là mon mari, il dit : On y vas-tu là? Oui -- j'ai dit -- on va y aller tantôt là, je vais aller serrer ça cet argent-là, on va la compter là-bas au magasin où la lumière. Il dit : C'est correct là, dépêche-toi là, regarde il reste rien que 20 minutes. *Fa que* là on y va, compte l'argent. Et le monsieur au restaurant avec sa femme là, ils nous faisaient des compliments. Ah! Il dit [à mon mari] ça n'a pas de bon sens et [...] vous êtes chics ce soir et c'est la première fois que je vois des Indiens qui consomment pas quand il y a un mariage et que c'est leurs enfants! *Hey!* Ils nous félicitent, elle dit : Vous êtes beaux à voir! Ah! Moi et [mon mari] on se regarde. Et là je dis à [mon mari] ah moi je m'en vais chez nous. Ah! Il dit : Ça fait longtemps que j'attendais que tu me dises ça! *Hey!* Si il y avait pas eu ce monsieur-là là, on partait! On décollait!

Dans un autre ordre d'idées, le fait que les femmes aient développé des habiletés à dépister les signes précurseurs d'un *craving* et qu'elles agissent directement sur ces déclencheurs, ainsi que le facteur de l'écoulement du temps, peuvent, probablement, expliquer la diminution graduelle des envies de consommer, allant même jusqu'à leur disparition pour la plupart d'entre elles. Lorsqu'il a été demandé à la participante suivante si, après 13 ans de sobriété, elle avait parfois le goût de rechuter, sa réponse a été spontanée et ferme : « *Non! Pantoute! Ah non! Avec ce que j'ai vécu là je pense que j'ai eu assez peur là* ». Lorsque les *cravings* deviennent pratiquement inexistantes, certaines femmes abandonnent ces stratégies, tandis que pour d'autres, ces mêmes stratégies deviennent partie intégrante de leur mode de vie, comme l'illustre cet extrait :

Mais moi je dis, toutes les défaites sont bonnes pour boire et pour prendre de la drogue ou n'importe quoi, *hein?* Si tu mets pas ton mode [de vie en pratique] si tu te tiens dans les bars, t'as beau dire. Ah! Moi je vais dans les bars mais je bois pas. Oui, tu bois pas là là, mais tu cours après ta corde. *Tsé* moi je vais pas dans les bars. Moi, non, essaies pas de m'amener dans un bar, moi. Je vais dans une noce dans un hôtel là et à 9h30, 10h00 moi c'est bien de valeur, mais bonjour, merci *tsé*.

Stratégies de consolidation des acquis

Les stratégies de consolidation des acquis constituent la deuxième méta-catégorie des stratégies de maintien de la sobriété. Tel qu'expliqué plus haut, cette méta-catégorie comprend surtout la poursuite des stratégies qui visent à changer le comportement de consommation. Il est à noter qu'au début de l'étape du maintien, les stratégies suivantes sont toujours présentes : 1) rechercher de l'aide et suivre un traitement se produisent quelquefois à cette étape; 2) pratiquer une spiritualité; 3) éviter ou se distancier des situations, lieux, personnes, objets ou substances associés à la consommation; et 4) utiliser des renforçateurs au comportement de sobriété. De plus, la catégorie des stratégies de consolidation des acquis depuis le début de la sobriété est ajoutée. À ce sujet, une des participantes explique s'affairer à recopier et à plastifier ses apprentissages acquis en traitement. De même, porter une attention particulière à ne pas compulsur sur d'autres objets de dépendance est aussi mentionné. À ce sujet, avertir leur médecin de ne pas prescrire de médication psychoactive a été exprimé par quelques participantes. Tout comme la méta-catégorie précédente, plusieurs de ces stratégies disparaissent avec le temps, lorsqu'elles ne sont plus perçues comme nécessaires, tandis que d'autres sont intégrées au nouveau mode de vie.

Stratégies de consolidation du mode de vie de sobriété

Ces stratégies deviennent, elles aussi, plus nombreuses et fréquentes durant la phase maintien de la sobriété et y constituent la troisième méta-catégorie. Ainsi, s'entourer de personnes sobres ou qui vivent la même réalité de rétablissement, manifester des habitudes de vie plus saines et recourir à de nouvelles façons de penser, qui ont été vues à

l'étape précédente, sont en général des stratégies qui sont maintenues durant la phase du maintien. De plus, deux nouvelles catégories de stratégies s'ajoutent ici. Il s'agit premièrement de stratégies de réappropriation et de réaffirmation de l'identité autochtone et deuxièmement, de l'adoption de nouveaux rôles et de nouvelles préoccupations, particulièrement en ce qui a trait à l'aide auprès d'autres personnes.

En effet, plus du tiers des participantes ont entrepris des actions qui visent la réappropriation, la revalorisation, la réaffirmation et la transmission des savoir-faire et savoir-être autochtones, qu'elles disent avoir contribué au processus de résolution de leur consommation problématique. Le plus souvent, ces stratégies se rapportent à la spiritualité autochtone.

Durant les années '90, un mouvement communautaire de revitalisation culturelle a débuté à Mashteuiatsh. En outre, quelques membres de la communauté ont voyagé dans l'Ouest du Canada et au Dakota du Sud (USA) et y ont reçu des enseignements spirituels d'autres Autochtones qui pratiquaient toujours des rituels ancestraux. Ces Pekuakamiulnuatsh, qui se sont réappropriés ces savoirs de la médecine ancestrale autochtone, ont aidé, à leur tour, d'autres personnes dans leur processus de guérison et leur ont transmis ces enseignements qui leur ont permis, à eux aussi, de se réappropriier et de revaloriser leur identité autochtone.

La moitié des participantes qui se sont adonnées à ces pratiques l'ont fait lors de l'étape du maintien de leur sobriété. Ceci, fort probablement, parce qu'au moment de leur résolution, ces pratiques spirituelles étaient peu disponibles à Mashteuiatsh. Il est donc probable que si l'opportunité avait existé à l'époque de leur résolution, elles y

auraient recouru à ce moment. Plusieurs extraits traitant de pratiques spirituelles autochtones ont été cités dans la partie précédente sur la résolution et ne le seront donc pas ici, bien qu'elles continuent d'aider ces femmes à la phase du maintien de leur sobriété.

Dans le même ordre d'idées, l'imposition de la coupure culturelle d'avec les générations précédentes a été vécue comme une blessure profonde pour plusieurs de ces femmes. Ainsi, pour certaines d'entre elles, il s'agissait donc de ce qui leur manquait dans leur processus de résolution ou de guérison au sens plus large, c'est-à-dire une façon de se réconcilier personnellement avec leur identité autochtone, tel que l'exprime cette participante :

Ça m'a beaucoup aidée ça parce que je faisais AA, c'est sûre que ça m'a aidée, mais il me manquait quelque chose au bout de ça. Et quand, j'ai connu la spiritualité, je me suis retrouvée dans ça. [...] Je me suis retrouvée-là, vraiment là, puis c'est là que j'ai rentré en contact vraiment avec mon *Créateur*. Que ça soit n'importe où dans la maison, dans le bois, il est toujours en contact avec *moé*. C'est là que je l'ai retrouvé vraiment. [...] Parce qu'il me manquait quelque chose là. D'abord, tu te poses tout le temps la question : Qui je suis là vraiment? Parce qu'on a subi des choses quand on était jeune puis, *tsé* : T'es pas Indienne, t'es pas, *tsé* t'es qui vraiment? Puis quand j'ai connu la spiritualité, c'est là que je me suis retrouvée vraiment.

Ayant souffert de la discontinuité culturelle, ces participantes se font aujourd'hui un devoir et une fierté de transmettre leurs savoir-être et savoir-faire autochtones aux générations suivantes. Les extraits suivants sont illustratifs : « *Ma fille, bien je lui parle tout le temps en montagnais. J'ai toujours parlé en montagnais depuis qu'elle est bébé* ». Dans le même sens, une autre participante dit :

Comme mon fils a fait la cérémonie des premiers pas. Et qu'aujourd'hui il est danseur. Il a juste [X ans], il a voulu faire des danses traditionnelles. [...] Mes parents m'ont pas montré ça. Là mes enfants aujourd'hui, je leur montre. Je leur montre tout ça, la spiritualité parce que c'est à eux autres, ça nous appartient aussi!

La réaffirmation culturelle se manifeste parfois dans leur emploi. Ainsi, pour certaines des femmes, il a été possible d'obtenir un emploi où les savoir-faire traditionnels sont utilisés. Comme il a été expliqué dans la section sur les motifs, le fait de travailler dans la culture, entre autres en enseignant la langue, a eu un impact positif pour cette participante et l'a grandement motivée: « *Ça m'a accrochée, ça m'a aidée, ça m'a donné confiance, ça m'a donné une identité là aussi là et ça m'a vraiment, ça a complètement changé là dans ma tête ma vision* ». Outre le fait d'apporter de la satisfaction et de la fierté de pouvoir travailler de leurs savoir-faire traditionnels, ces emplois ont également une fonction de transmission à la communauté des différents aspects de la culture, ce qui apporte un sens à la vie de ces femmes. Une autre participante qui fait de l'art autochtone explique:

Parce que avant je consommait pour, j'étais artisane et [...] je travaillais pour trouver ma drogue, la boisson. *Fa qu'*aujourd'hui je fais pas ça. Je travaille pour moi, pour ma fierté. Aujourd'hui j'ai fait [mon travail dans la] culture traditionnelle. *Fa que* si j'avais, dans le temps que je consommait, j'aurais jamais fait ça des choses comme ça aujourd'hui, que je suis fière de montrer. Que ça m'a été transmis, [...] qui m'a transmis la culture, à faire de la broderie, qui m'a aidée beaucoup. Ça m'a aidée à élever mes enfants, à les nourrir. C'est un don que j'ai reçu d'elle.

La vie en communauté revêt donc une importance particulière pour ces femmes. Voulant améliorer les relations entre les gens dans la communauté et aussi améliorer la vision sociale, culturelle et politique des gens, dans des réunions communautaires, cette participante se fait souvent le porte-parole des aînés qui ont plus de difficultés à s'exprimer dans ce monde « moderne », à cause des barrières de la culture et de la langue.

Aujourd'hui il faut améliorer le contact des gens et il faut améliorer la vision des gens. Et il faut aider, comme membre de la communauté là, il faut s'aider dans la communauté pour que cette belle communauté justement devienne unie là. *Tsé* pour enlever toutes les mésententes. C'est sûr qu'il va y en avoir tout le temps! Mais la façon que le monde pense là, des deux côtés je parle là. [...] Améliorer au niveau du social, culture, même politique là. *Tsé*, il faut penser à tout ça là! Il faut penser où on va aller, il faut décider où on veut aller.

Lorsqu'utilisées en tant que mode de vie, ces stratégies de revitalisation culturelle semblent avoir un effet de prévention de la rechute pour les participantes qui en font usage, mais aussi de guérison communautaire puisqu'elles amènent d'autres Pekuakamiulnuatsh à se réapproprier et à revaloriser leur identité autochtone, tout en évitant aux enfants de vivre le même traumatisme identitaire.

Lorsque la lutte contre la consommation devient moins intense, la plupart des femmes adoptent de nouveaux rôles et de nouvelles préoccupations qui constituent des stratégies renforçant leur sobriété. Pour la majorité des participantes, elles deviennent alors des aidantes, telles que marraine AA, guide spirituelle, intervenante ou aidante naturelle. Certaines s'approprient également des rôles de travailleuse, d'artiste ou d'artisane. De même, une participante est, à nouveau, devenue mère. À ce sujet, il peut être pertinent de mentionner que pour plus de la moitié des participantes, leurs enfants étaient en bas âge à l'époque où elles avaient des problèmes de consommation. En se rétablissant, certaines d'entre elles assument aujourd'hui un « rôle » de mère auprès de leurs petits enfants puisque leurs propres enfants vivent, malheureusement à leur tour, des problèmes de consommation et d'autres violences. Pour une autre partie des participantes, leurs enfants sont encore aujourd'hui en bas âge. Elles peuvent donc se *racheter* et tentent de devenir des mères davantage à l'écoute des besoins de leurs enfants, tel qu'en témoigne cette femme : « *Fa que autant que je les avais comme ça et*

que j'apprends tsé à les laisser être ce qu'ils peuvent être et à les encourager dans leurs rêves, leurs buts. Autant qu'avant j'essayais de contrôler ».

La préoccupation d'aider les autres semble très importante. Pour plusieurs femmes, *aider les autres, c'est s'aider soi-même*. Souvent, par l'écoute et les conseils qu'elles prodiguent à d'autres alcooliques ou toxicomanes, elles se rappellent leur passé de consommation ainsi que tout le chemin qu'elles ont parcouru. Ceci semble avoir un effet thérapeutique chez les participantes. Les extraits qui suivent illustrent quelques-uns de ces rôles et préoccupations :

Je aide les gens aujourd'hui. [...] Il faut aider les gens. Après un certain temps de sobriété, je pense que tu peux aider les gens. Tu peux plus, *tsé* quand t'as consommé, tu peux plus les comprendre comment qu'eux-autres ils peuvent avoir mal en-dedans là. [...] Si toi, t'as passé par là, tu sais comment qu'ils se sentent. [...] Puis en même temps, en l'écouter, je sais, j'ai passé par là puis ça m'aide aussi à pas retomber. [...] En écouter, parce que si *moé*, ils m'auraient dit, tu vas faire ça, tu vas faire ça, je ne suis pas sûre que j'aurais gardé ma sobriété. C'est par l'écoute. Ça prend l'écoute. C'est sûr que si il te demande qu'est-ce que je dois faire, bien là tu peux le dire : tu vas essayer ça. Ouais. [...] j'aide beaucoup les gens aujourd'hui, ceux-là qui veulent vraiment s'en sortir, même si les gens viennent me voir puis ils ne sont pas sûrs d'arrêter, il faut que j'écoute quand même.

Une des participantes a aidé une femme en lui montrant son visage dans un miroir pour lui faire réaliser qu'elle ne s'aimait pas. Cette même intervention lui avait été faite autrefois et avait eu un impact important dans sa propre décision de changer. Voilà que la personne qu'elle a aidée est, elle aussi, à son tour, en centre de désintoxication. Cette participante explique également: « *Toutes ceux-là qui vient chez nous, j'y offre des cafés, j'y offre une banique, tsé. Partager. Plus tu partages plus tu n'as. [...] Ça m'aide beaucoup à maintenir ma sobriété* ». La notion de partage semble importante pour d'autres femmes aussi, tel qu'en témoigne une autre informatrice : « *Des fois que je (fais du manger) chez nous et je vais en donner au voisin et ça me fait plaisir!* ». Une

participante, qui est aussi marraine AA, explique que d'aider les autres ne l'aide pas nécessairement à se sentir compétente, puisqu'elle se remet souvent en question. Elle raconte, notamment, un moment qui a été rassurant pour elle, ainsi qu'une façon qu'elle s'est donnée pour se rassurer :

J'me sens pas compétente pareil. J'ai, *tsé* des fois j'dis, j'ai-tu donné la bonne réponse? [...] Des fois j'me dis, j'donne c'que j'peux. J'me dis d'après moi, c'est pas si pire. J'dois donner c'que j'peux. Comme là [une de mes filleules] hier j'y ai parlé, *pis* aujourd'hui est allée voir sa thérapeute *pis* à m'appelle *pis* à me dit : *Tsé* là, *tsé* c'que tu m'as dit hier, là la thérapeute a m'a dit exactement c'que tu m'as dit hier. Ça m'a rassurée *tsé*, parce que des fois j'me dis, j'me *sus* tu trompée en y disant ça. Des fois, t'as des doutes aussi toi. J'me dis, j'y ai tu donné la bonne réponse. [...] Je leur dis, moi j'te dis ça, mais t'es pas obligée de faire c'que j'te dis. C'est ton choix à toi, moi j'fais ça, mais c'est ton choix à toi. J'dis jamais tu vas faire ça. J'dis moi si j'tais toi, j'essaierais ça ou j'frais ça. *Faicque* comme ça a l'a le choix de choisir. *Tsé* c'est sa responsabilité, c'est pas la mienne.

Quelques participantes aident les autres par une médecine autochtone, comme expliquent ces femmes guides spirituels :

Si quelqu'un me demande de faire un cercle de partage pour que la personne se libère, je vas en faire. Si une personne vient chez nous puis me dit : j'ai mal, ça me fait mal. Je vais être là pour l'aider à sortir c'est quoi qui lui fait mal. J'ai reçu ces enseignements-là [...] spirituel-traditionnel. Je vas donner ce que je peux donner, ça dépend des gens si ils le prennent, si eux-autres aussi vont s'en servir pour se libérer.

Aider les autres. Comme par exemple, quelqu'un qui vient chercher, qui donne du tabac pour faire une tente suante, un cercle ou une cérémonie de la pleine lune. Quelqu'un qui vient chercher de l'aide, des plantes, quelque chose à soigner.

De plus, quelques participantes sont même devenues intervenantes dans le domaine de la toxicomanie et du suicide, comme le raconte la participante suivante :

Ben, un an après que j'ai arrêté de consommer, j'ai travaillé comme intervenante au *Refuge*. Ouais. [...] Ça, ça m'avait aidée beaucoup aussi. Je recevais beaucoup de jeunes, des cas de suicide puis beaucoup de jeunes sur les abus sexuels, puis consommation aussi. Quand j'ai arrêté de travailler, il y avait des gens qui venaient me voir chez nous, ceux-là avec qui j'avais rencontré au *Refuge*. Puis ça, ça m'avait aidée beaucoup travailler au *Refuge* comme intervenante.

Pour plusieurs, elles développent une vie sociale intense et s'impliquent dans divers projets et activités, au niveau communautaire.

Stratégies de gestion des stressseurs.

Bien que les déclencheurs de *cravings* soit encore très présents après l'arrêt ou la diminution de la consommation, particulièrement pendant les premières années de sobriété, leur pouvoir déclencheur tend à diminuer en intensité, de sorte que ce qui était jadis des déclencheurs devient des stressseurs puisqu'ils tendent à ne plus déclencher le *craving*. Puis, comme pour les autres méta-catégories, ces stratégies de gestion du stress tendent, à leur tour, à disparaître ou à être intégrées au mode de vie.

Pendant la phase du maintien, les femmes utilisent encore les mêmes stratégies face à ces stressseurs que celles qu'elles utilisaient lors de la résolution, en plus de quelques autres stratégies qu'elles ont intégrées à leur mode de vie, c'est-à-dire qu'elles pratiquent une spiritualité, demandent de l'aide, utilisent une médication, manifestent une attitude mentale de protection, tentent de se rassurer, de se libérer émotionnellement et retournent même parfois en traitement.

Quelquefois, des problèmes non résolus deviennent ici des stressseurs, tel qu'illustre l'exemple qui suit. Il s'agit d'une femme qui, rendue au stade du maintien, s'est souvenue spontanément avoir déjà été abusée sexuellement durant son enfance. Très perturbée, elle est allée demander de l'aide à son médecin :

J'ai arrêté de partager, j'ai plus été capable, j'étais étouffée. Je suis partie de là. [...] J'ai pleuré tout le long et là il me disait qu'est-ce que t'as à pleurer ? J'étais pas capable de parler, je disais je le sais pas. Je le savais mais. Je suis arrivée à la maison là, j'ai été 3 jours à pleurer et à *quasiment* capoter. En tous les cas assez que [...] j'ai développé une pneumonie. J'ai été chez le médecin et j'ai dit au docteur, j'étais tellement malade là, je pensais que j'allais mourir. *Fa que* là elle dit : tu vas toujours bien me dire ce qui t'es arrivée. Elle dit : ça n'a pas de bon sens, en plein mois de juin faire une pneumonie. Et j'ai dit : J'ai vécu un traumatisme pour moi et je me suis rappelée [...] je sais pas si j'hallucine ou bien si je deviens folle mais j'ai dit c'était un soir [...] j'étais couchée et il y a un (homme) qui était chaud et il m'avait abusée. Et j'avais dit ça à ma mère, mais ma mère me croyait pas et elle était fâchée et elle m'avait dit tu diras pas ça à personne. Si tu dis ça à quelqu'un là, tu vas aller chez le diable. *Tsé* dans ce temps-là c'était pas comme aujourd'hui là. Et elle m'avait mise en punition. J'en ai jamais parlé.

Stratégies visant la résolution d'un problème lié à la consommation

Ce type de stratégies était beaucoup moins utilisé à l'étape de la résolution, puisque la plupart des participantes se concentraient alors à diminuer ou à arrêter de consommer des SPA. Pendant l'étape du maintien, elles prennent graduellement confiance en elles, bien qu'elles semblent toujours fragiles au début de cette phase, puisqu'elles luttent contre la consommation.

Selon les récits des femmes, tout n'est pas terminé à cette étape, puisqu'elles sont confrontées à leur histoire et à leurs blessures non guéries, aux répercussions de leur ancien mode de vie de consommation et à leur environnement, souvent, toujours dysfonctionnel.

En effet, ce n'est pas parce qu'elles ont arrêté de consommer que leur famille en a fait autant. Elles vivent souvent l'inquiétude de perdre leurs enfants à cause du mode de vie de consommation de ceux-ci. Lorsqu'elles n'ont pas le contrôle de la situation, la prière est une stratégie souvent utilisée. Ainsi, la participante suivante explique :

Mais même encore aujourd'hui, je prie. Oui, avant de dormir je prie. Quand je sais que mes enfants consomment là, je prie. Des fois, ils rentrent de bonne heure *tsé*, mais ça veut pas dire que j'ai prié pour rien là, mais peut-être que lui il l'a envoyé à la maison. C'est pareil quand les enfants consomment là *tsé* surtout le chemin de fer là. Parce qu'une fois, il y avait [mon fils] dehors en plein mois de janvier. Moi à deux heures du matin je m'en vais aux toilettes et là j'ai regardé dehors, les chiens qui jappaient dehors je regarde, il y avait une affaire noire là-bas. C'est quoi ça? C'était pas là ce soir ça... Je sors, je mets mes bottes, je vais le voir. C'était [mon fils]! Il était couché là bien saoul, *câline*! Et là je l'ai rentré, il *shakait*, il tremblait. Une chance qu'il s'est levé. Pour moi, on l'aurait trouvé mort là!

D'un autre côté, il arrive parfois qu'elles doivent tenter de se libérer de l'emprise de proches violents, physiquement ou psychologiquement. Une femme a fait une mise en demeure pour que ses enfants ne viennent plus la voir lorsqu'ils sont en état d'ébriété puisque ces derniers la manipulaient et lui prenaient son argent. Pour une autre, en allant en traitement, puis en allant chercher de l'aide auprès des policiers, elle a réussi à se libérer de la situation pénible que lui faisait vivre son conjoint violent :

Après ça, ça m'a aidée à me renforcer à moi-même et de débarquer. *Aille!* Ça pressait là! Il fallait que je débarque de là! *Fa que*, c'est là (en traitement) que j'ai pris mes décisions, que ça allait être fini avec là! [...] Les coupures elles se faisaient là. Ça l'a été un gros morceau ça. [...] Ah oui! Ça l'a été un gros morceau. Ça l'a été tellement dur pour moi que lui il voulait pas la séparation. Mais j'étais rendue là. Et là je me préparais à faire une demande de divorce là. [...] Parce que lui, il a fait beaucoup de prison [...] Une chance que [je connaissais un] policier parce qu'il voyait comment moi je, il savait comment je vivais dans ma vie, dans la peur et tout ça là. Même qu'une fois il était venu, il avait défoncé la vitre dans la cave avec un fusil [...] et j'étais avec mes 3 enfants.

Près de la moitié des participantes ont parlé des abus sexuels qu'elles ont subis et de ce qu'elles ont fait pour guérir de ces blessures. La plupart de ces femmes ont abordé ce trauma à cette étape en participant à une aide thérapeutique comme l'expliquent ces participantes :

Je suis comme allée travailler ce qui était comme primordial à l'époque, si je me retourne un an en arrière, c'était la substance. Et là maintenant ça fait ok, ça je peux, même si regarde, je le mets pas vraiment de côté, mais je fais comme le tasser un petit peu. Ça me permet d'aller travailler autre chose [...] Sinon c'est ça, ça fait comme, je mettrais un plâster sur un bobo mais regarde, le bobo je le nettoie [...] *Fa que* regarde lui il guérira pas là si je fais juste mettre une *patch* dessus.

Moé je, c'est drôle, j'ai faite ma session (de guérison). J'ai faite ma session avec mon abuseur. [...] Au début, je n'ai pas voulu, quand je l'ai vu, mais ils m'ont dit, il faut que tu passes à travers de ça. Y a eu autant mal que moé j'ai eu mal oui. C'est là que j'ai appris à pardonner. [...] Oui j'ai vu sa souffrance que lui aussi avait, que moi j'avais ma souffrance aussi. Oui, puis j'y dit que j'y pardonnais. [...] Ah, ça m'a aidée beaucoup ça. Aujourd'hui peu importe où que je vas le voir, il me tape tout le temps sur l'épaule, continue, ouais.

Les deuils non résolus sont souvent travaillés à cette étape. Pour plusieurs, ce sont des proches qui se sont suicidés. Les pratiques spirituelles, les demandes d'aide et la participation à un traitement sont les stratégies les plus utilisées pour travailler ces deuils. D'un autre côté, les participantes vivent avec la culpabilité d'avoir fait du mal à leurs enfants lorsqu'elles consommaient. Pour arriver à mieux vivre avec cela, elles demandent souvent pardon à leurs enfants et, lorsque ces derniers ne leur pardonnent pas, elles confient ce problème au *Créateur*. Plusieurs femmes vivent des symptômes dépressifs, d'anxiété et d'angoisse qui semblent induits par les problèmes non réglés et le fait d'être toujours entourées de conditions adverses. En effet, les femmes n'ont pas toujours le pouvoir de changer leur environnement et cela représente souvent un travail à long terme. Quelquefois, elles deviennent l'aidante naturelle de la famille et ceci peut représenter une pression énorme, surtout lors des premières années de sobriété.

Pour conclure brièvement sur ce que les femmes ont fait pour changer leur style de consommation et maintenir leur sobriété, il a d'abord été constaté que leurs stratégies s'adressent à divers phénomènes qui consistent en l'envie de consommer ou le *craving*, l'arrêt ou la diminution de la consommation, le mode de vie de sobriété, les déclencheurs de *cravings* et, finalement, d'autres problèmes qui sont, selon elles, reliés à leur consommation problématique. Les femmes luttent, d'abord d'une façon quasi constante, contre l'envie de consommer pendant leur sevrage. Ces stratégies se feront de

moins en moins fréquentes avec le passage du temps puisque les *cravings* diminuent. D'autres stratégies, plus proactives, mais qui visent l'arrêt ou la diminution de la consommation à court terme, sont également utilisées. Ces stratégies consistent, en partie, à éviter ou à se distancier de stimuli pouvant les ramener à la consommation. Puis, assez tôt, elles manifestent des stratégies pour établir un mode de vie de sobriété qui ont, pour leur part, une visée plus à long terme du rétablissement. Lutter contre les déclencheurs de *cravings* pour éviter la survenue de ces derniers consiste en une stratégie rapidement utilisée. Finalement, quelques femmes développent des stratégies pour résoudre des problèmes liés à leur consommation.

À l'étape du maintien de la sobriété, ces stratégies s'avèrent toujours présentes, surtout lors des premières années de sobriété. Par contre, plus le temps passe, plus les femmes acquièrent de la confiance en elles et des habiletés. Pour la plupart des méta-catégories, leurs stratégies tendent à disparaître avec le phénomène auquel elles s'adressent ou à être intégrées au mode de vie. De même, ayant acquis de nouvelles habitudes et façons de penser en pratiquant leur nouveau mode de vie, ces dernières stratégies sont également ajoutées à leur répertoire stratégique pour contrer la survenue de ces phénomènes de *cravings* ou autres stressseurs ou, encore lorsqu'elles veulent résoudre des problèmes reliés à la consommation.

*Ressources aidant la résolution du problème de
consommation et le maintien de la sobriété*

Tout au long des récits, les femmes mentionnent avoir eu des ressources qui les ont aidées à résoudre leur problème de consommation et à se maintenir sobres par la suite.

Ces ressources ont été regroupées en quatre méta-catégories. Il s'agit : 1) des personnes significatives; 2) des traitements ou autres aides thérapeutiques ou communautaires; 3) des éléments contextuels (p. ex., le fait que leurs proches ne consommaient pas); et, enfin, 4) leurs ressources personnelles (p. ex., qualités et croyances des participantes).

Bien que les ressources soient ici définies de façon séparée des motifs et des stratégies, il appert que dans la réalité, elles sont parfois simultanées aux motivations au changement ou à son maintien. De plus, ces ressources se présentent quelquefois conjointement avec des stratégies dans les extraits de *verbatim*. Étant donné qu'antérieurement plusieurs ressources ont déjà été abordées indirectement et pour ne pas alourdir le texte, cette section présente les ressources tout au long du processus en omettant de les sous-diviser entre les phases de résolution et du maintien, contrairement aux deux sections précédentes. Le texte permettra toutefois de discerner à quelle phase la ressource s'adresse. La figure 4 présente donc les quatre méta-catégories et leurs catégories de ressources.

Personnes significatives

Les participantes ont eu plusieurs personnes qui, de par leur rôle formel d'aidant, ont apporté un soutien les amenant à devenir des ressources significatives pour ces femmes. Ainsi, une marraine AA qui a une attitude non rejetante et qui accorde son temps peu importe l'heure du jour ou de la nuit; un guide spirituel qui transmet des enseignements spirituels et traditionnels et aide les femmes à se libérer de leur mal; un médecin qui prend le temps d'écouter et respecte le fait qu'elles ne veulent pas de médication psychoactive, malgré des symptômes dépressifs ou anxieux; une infirmière

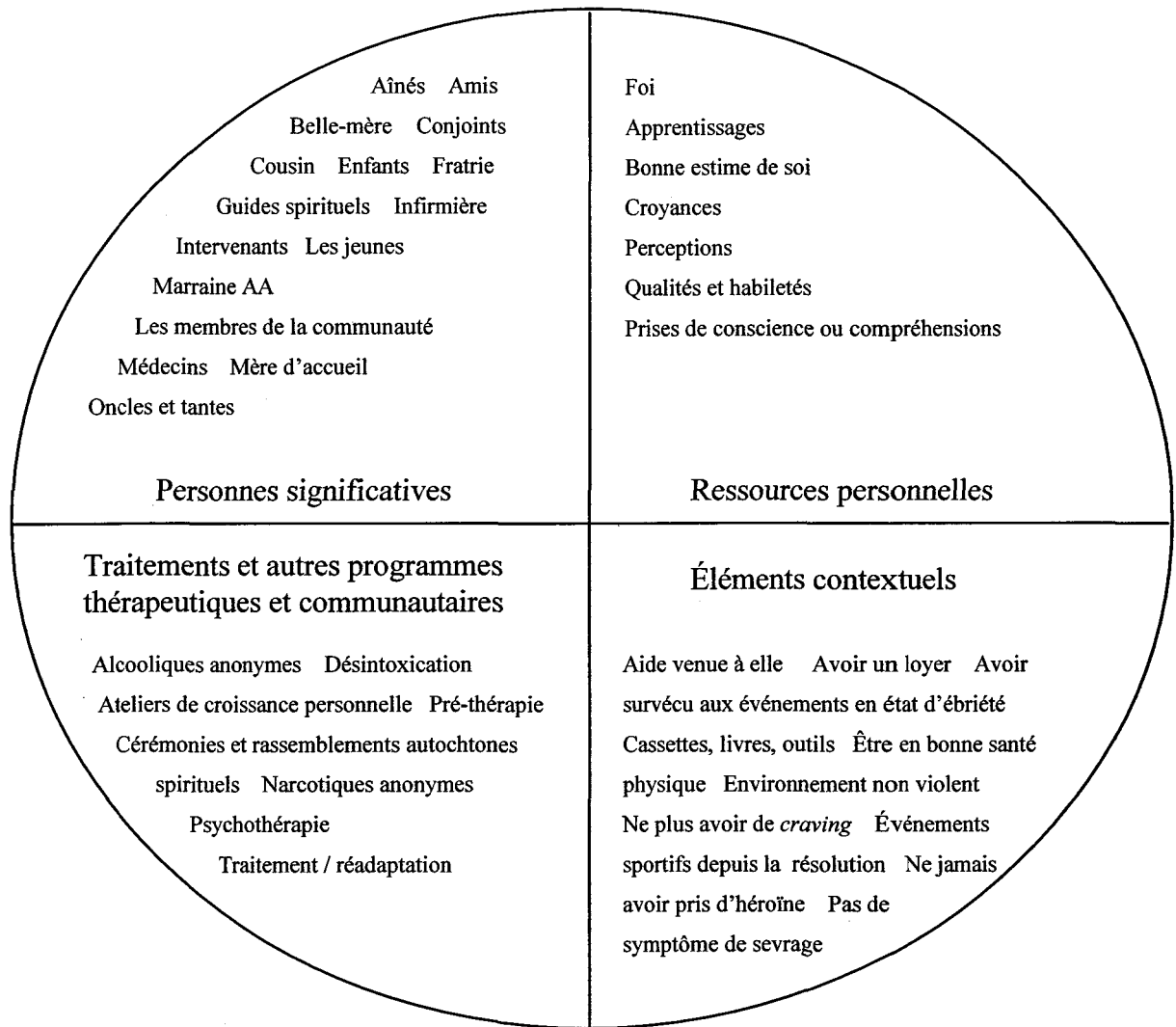


Figure 4. Ressources aidant les femmes tout au long du processus de changement.

qui prend le temps, après ses heures de travail, d'aller masser et écouter une participante profondément en deuil, sont quelques exemples de personnes significatives qui occupent une place importante dans le processus de résolution. Les quelques extraits suivants illustrent la portée que prennent ces diverses ressources pour ces femmes. Ainsi, une participante affirme :

J'appelais ma marraine AA. Ça ne lui dérangeait pas que je l'appelle à ce moment-là parce qu'elle voulait m'aider aussi pour me sortir de là. Ça ne lui dérangeait l'heure que j'appelais, elle venait pour m'écouter. Bien, c'est sûr, ceux-là qui t'ont le plus aidée est importante dans ta vie comme *moé* [ma marraine AA] est importante pour *moé* aujourd'hui parce qu'elle a donné beaucoup de temps, beaucoup de son temps à *moé*. Elle m'a vue aller puis elle m'a vue arriver dans AA aussi. Elle m'a jamais dit, elle m'a jamais rejetée-là autant quand j'étais en état d'ébriété, elle m'a toujours parlé quand même. Elle m'a jamais dit : Arrête!

Une autre dit :

J'ai parlé à [mon intervenante], j'ai dit il faut que je m'en aille en thérapie et, il dit oui ça presse, je vais faire ta demande. [...] Mais j'avais consommé le jeudi en soirée et j'ai été revoir [mon intervenante] le lendemain. J'ai dit je peux pas partir, j'ai reconsumé hier soir. Elle m'a dit non! Tu repars, le dimanche tu t'en vas à Wapan. Il dit durant ce temps-là tu consommes plus. Moi j'ai dit, c'est correct je vais partir. C'est depuis ce temps-là que j'ai pas reconsumé. [...] Elle a cru en moi *fa que* je suis partie. Depuis ce temps-là que je n'ai plus retouché à aucune drogue, aucune boisson.

Bien oui parce que les médecins, ils m'ont aidée beaucoup aussi dans ma sobriété là. Ils m'encourageaient, ils étaient contents de me voir de même, de ne plus prendre de médicaments parce que les médecins, ils savaient que j'avais un problème de consommation et puis de médicaments aussi. Ils le savaient. [...] Ils m'ont aidée, ils m'ont encouragée à continuer.

De même, malgré le rôle répressif qui peut être attribué aux professionnels de la justice, des enquêteurs, le procureur de la couronne, des agents de probation et des policiers ont eux aussi été des aidants importants pour quelques femmes, en démontrant une attitude de compréhension, de la patience et un intérêt sincère pour leur mieux-être. La participante suivante, qui a eu des problèmes avec la justice reliés à sa consommation problématique de SPA, parle des membres de sa famille, de sa marraine AA, de son intervenante, mais aussi de l'équipe de professionnels de la justice qui l'a suivait de près :

C'est le temps où moi j'avais plus confiance en moi parce que j'avais plus aucune estime de moi-même. C'est à travers les yeux de ces personnes-là que j'ai pu en quelque part la retrouver en me disant bien regarde [...] si il y a quelqu'un qui me redonne une seconde chance [...] en quelque part, je me dis bien regarde, il doit sûrement avoir quelque chose, *tsé* il y a pas juste du mauvais dans moi là *tsé*.

Il ne faudrait surtout pas passer sous silence les paroles marquantes de membres du clergé, qui sont souvent mentionnées comme significatives. Ainsi, une femme exprime : « *Et moi le père [X] ici à Pointe-Bleue c'était un grand ami et il m'avait dit [...], le bon Dieu t'envoie juste ce que t'es capable de supporter. Et ça, ça m'avait marquée. Mais c'est vrai* ». Dans le même sens, une autre dit :

Savez-vous ce que j'ai apprécié ? Elle savait que j'consommais sœur [X] mais à m'a jamais dit y faut que tu t'arrêtes. A me laissait libre *pis* c'est moi qui devait décider de ma vie. J'ai trouvé ça pas mal ingénieux qu'elle m'ait incitée à me prendre en main toute seule. C'est pas mal le *fun* parce que j'ai vu ses réunions, elle m'a vraiment initiée à prendre le bon chemin.

Dans un autre ordre d'idées, même si pour la majorité des participantes les problèmes psychosociaux sont fréquents dans leur famille, cette dernière joue souvent un rôle important dans leur rétablissement.

Comme il a déjà été mentionné précédemment, le simple fait qu'ils existent et qu'ils aient besoin que quelqu'un prenne soin d'eux, les enfants, en plus d'être l'un des principaux motifs de leur changement, sont aussi la ressource familiale la plus fréquemment abordée. Lorsque les femmes avaient des problèmes de consommation, elles ont souvent fait souffrir leurs enfants parce qu'elles n'assumaient pas leur rôle de mère à part entière et parfois, même, elles ont été négligentes face à leurs besoins. Cependant, au fur et à mesure que le temps de sobriété avance, la relation avec leurs enfants s'améliore. Ainsi, en pardonnant leur passé de consommation et ses effets, en reprenant tranquillement confiance en leur mère et en montrant qu'ils sont fiers d'elle, les enfants continuent d'être une ressource importante, les aidant à maintenir leur

sobriété et à s'épanouir davantage. La participante suivante explique comment le pardon de ses enfants l'a aidée :

Là j'y disais aux enfants : J'ai quelque chose à vous demander. Les enfants y dit : Qu'est-ce qu'il y a m'man? Ils étaient couchés, ils ont de l'école demain. J'ai dit : J'ai quelque chose à vous demander. J'ai dit : Vous me pardonnez-tu ce que j'ai fait quand je buvais? Quand je chialais dans la maison? Ben oui maman, ça fait longtemps ça il dit. Tsé là ça a parti... C'est de même que j'ai commencé à pardonner les autres, à me pardonner moé tsé.

Tel que vient d'illustrer cet extrait, c'est souvent par le pardon des autres que les femmes, non seulement arrivent à se pardonner leur passé, mais aussi, modèlent en quelque sorte leur comportement sur celui de ceux qui leur ont apporté une aide significative.

Pour certaines femmes, c'est un membre de leur famille qui les a accueillies afin de mieux les soutenir et protéger d'un environnement de consommation, tel que le rapporte cette participante : « *C'est là là, ma sœur était là puis elle m'a dit : Si tu veux arrêter, on va t'aider nous autres, viens rester chez nous. Et puis, je suis allée rester chez elle* ».

Pour plusieurs d'entre elles, le conjoint a aussi joué un rôle important dans leur rétablissement, soit positivement ou négativement. Malgré que le quart des participantes ont dû se séparer parce que leur conjoint avait aussi un problème de consommation ou en raison de violence qu'il ne voulait pas régler, quelques-unes avaient au contraire un conjoint soutenant. L'extrait suivant en témoigne : « *Ah! Mon mari moi ça l'a été ma planche de salut ça. Tsé des fois, il m'a jamais dit tu bois trop ou bien tu prends trop de médicaments. Il disait : Tu penses-tu que t'en prends un peu trop?* ».

Pour d'autres, lorsque leur conjoint a changé, ils sont devenus plus significatifs. Une des participantes a raconté, qu'ayant changé son propre mode de vie et ne voulant plus vivre avec un conjoint consommateur, celui-ci a également modifié son mode de vie

et a fait un contrat qu'il allait devenir un bon mari, la respecter et s'occuper d'elle et des enfants. Il est à noter que ce fait n'est pas spécifique seulement au conjoint puisqu'il est aussi arrivé que ce soit leurs amis, leurs enfants et, même, leurs parents qui changent leur style de consommation. Ainsi, la résolution de ces femmes entraîne parfois d'autres rétablissements de problèmes consommation de SPA dans leur entourage.

Enfin, parmi les participantes qui se sont séparées d'un conjoint consommateur ou violent, quelques-unes ont, par la suite, rencontré un autre homme qui s'est avéré une ressource pour elles, tel qu'exprimé par cette femme :

Bien lui, on s'est connu durant qu'on était [...] allé faire du *meeting*. Il était sobre [...] et moi bien je commençais. *Fa qu'on s'est rencontré dans un meeting*. [...] Il m'a aidée, on se parlait beaucoup et ça prend quelqu'un qui te comprend et qui a vécu les mêmes choses que toi.

Comme il a déjà été abordé dans la section sur les motifs, pour quelques participantes, c'est leur père qui a eu une attitude empathique et encadrante au moment de leur *bas-fond*, qui a été une ressource importante. Pour l'une d'elles, son père continue d'être son modèle puisqu'il s'est aussi sorti d'une consommation problématique de SPA. Pour une autre femme, ce sont les paroles de son père, lorsqu'il était vivant, qui l'ont aidée et qui l'aident encore aujourd'hui à maintenir sa sobriété, comme cet extrait l'illustre:

Ce qui m'a aidée là, c'est mon père. Mon père disait : [Ma fille] qui est-ce qui va te dire d'arrêter de consommer? Il dit je le sais que t'en prends pas énormément. Mais ça fait rien. Qui va te le dire quand je serai pas là? Ou bien : Qui va te dire d'arrêter de fumer quand je serai plus ici là moi?

Ainsi, même si elles sont survenues avant ou pendant le problème de consommation, des relations significatives vécues dans le passé agissent aussi comme une ressource selon certaines participantes. Pour une femme, c'est une mère d'accueil

qui l'a grandement aidée. Elle lui a apporté ce qu'elle avait besoin à l'époque et lui a permis d'acquérir des habiletés qui l'aident dans son cheminement aujourd'hui. Celle-ci dit :

J'en ai eu d'besoin puis ça été elle. Puis, le peu que j'ai aujourd'hui, c'est de elle. *Tsé*, de mon respect, de ma patience, d'r'garder les choses puis après ça de, de réfléchir à tout ça puis après ça d'en parler. [...] Oui mais pourquoi? *Tsé*, j'y posais une question puis a pouvait me répondre pendant trois heures de temps à parler de toutes sortes de choses puis à parler pour *moé, moé là! Hey!* Ça c'est important. C'est sûre j'ai eu une enfance difficile puis toute ça mais j'trouve [qu'à mon adolescence], j'ai vraiment été *choyée*. On a eu des *bouttes* durs, c'est vrai, mais j'ai jamais manqué de rien. C'est elle qui m'a sortie, qui m'a sortie de mon conte d'horreur.

D'autres personnes aident également les participantes. Ce sont souvent des gens, faisant partie de leur réseau social, de la communauté ou des AA, qui leurs sont venus en aide lorsque ça allait très mal ou, simplement, le fait que leur amitié était présente au moment où elles en avaient de besoin. La participante suivante raconte qu'une religieuse et deux femmes de la communauté qu'elle admire sont venues la chercher lorsqu'elle n'allait pas bien :

À un moment donné, ça allait mal entre moi et [mon conjoint] quand je buvais là. Ça allait très mal, même en tous les cas. Et il y en a une qui m'a appelée, une religieuse, Soeur [Y] qu'ils appellent. Elle dit : ce soir on a ouvert l'église pour toi là et tu vas venir là. J'ai dit : Oui je vais y aller. Il y avait la madame [X] et il y en avait une autre. Elles m'ont fait l'imposition de la main et j'étais en avant de la Sainte Vierge, en tous les cas je sais pas, il y avait une statue en avant là, [...] dans l'église, et elles avaient dit mets tes deux mains là sur ses pieds et nous autres on va prier pour [toi]. Il y en avait une qu'elle me touchait par la tête. [...] On était juste quatre dans l'église et j'avais prié. Et c'est là que j'ai demandé : j'ai dit viens changer ma vie.

Pour une autre c'est l'accueil de gens, faisant partie de son réseau social et qui sont devenus sobres, qui l'a touchée :

J'ai *bouteillé* [...] moi, j'ai vendu de la boisson. [...] Ça *fa que* les bons buveurs bien ils venaient chez nous. Mais moi [...] quand je suis rentrée dans les Alcooliques anonymes, j'avais de mes clients qui étaient tous rentrés [...] Et après ça j'ai dit : Mon Dieu! Ça se claquaient dans les mains. Ils ont dit : La *mère* ça faisait assez longtemps qu'on attendait, dis-moi pas! Bien j'ai dit : Moi je faisais plus d'argent, vous êtes tous rendus ici! On a bien ri pour ça. C'est terrible!

Enfin, après de nombreuses années de sobriété, la participante suivante explique qu'après avoir vécu un événement difficile, elle s'est retirée et pensait consommer à nouveau lorsqu'une amie l'a aidée à sortir de cet isolement:

Là j'ai une de mes amies, elle m'a appelée, elle a dit : Il y a un congrès. [...] Viens-tu avec moi au congrès? Ah! J'ai dit : Ça me tente pas tellement. Elle dit : Fais donc un effort, on va voir du monde et on va aller manger au restaurant. *Fa que* j'ai dit c'est correct, je vais y aller! Et ce soir-là là, je me suis sentie comme si j'avais 250 livres qui me tombait de sur les épaules. Là j'ai dit : C'est ma place! *Fa que* là j'ai rembarqué dans le mouvement et je me suis *ré-impliquée*. Et là j'en ai fait, j'en ai fait 5 à 7 par semaine.

Que ce soit au début, pendant ou après avoir changé leur mode de vie de consommation, l'aide des autres membres AA est aussi une ressource souvent abordée par les participantes. À ce sujet, une des femmes souligne : « *[Ce membre-là] aussi une chance qu'il était là aussi lui parce qu'il avait tout le temps des belles paroles, il nous encourageait* ». Un peu plus tard, elle ajoute : « *Des fois, il nous promenait, on embarquait, je prenais un café au restaurant. C'est de même qu'on a réussi à s'en sortir* ». Pour une autre participante, c'est un membre AA qui est venu la chercher lorsqu'elle vivait son *bas-fond*, elle raconte : « *Le membre est venu me chercher lui par la main et il m'a amenée à l'hôpital et après ça, c'est là que j'ai arrêté de boire* ».

Ce qui ressort jusqu'ici, c'est que certains facteurs semblent faire en sorte que ces personnes deviennent significatives pour les femmes, qu'il s'agisse d'un aidant formel, d'un professionnel, d'un membre de la famille, du réseau social ou de la communauté. Parmi ces facteurs, il y a, notamment, l'acceptation inconditionnelle, le respect de leur choix de consommer ou non, le fait qu'ils n'ont pas essayé de les convaincre d'arrêter la consommation, qu'ils ont été présents lorsqu'elles en ont eu besoin (même en dehors des heures de bureau), qu'ils ont cru en elles et en leurs capacités, qu'ils ont donné du temps

expressément pour elles, qu'ils ont manifesté une aide empathique et encadrante au moment de leur *bas-fond* et finalement, qu'ils ont semblé se soucier sincèrement de leur mieux-être. Bref, ces personnes ressources sont arrivées par leur attitude et leurs interventions à refléter aux femmes qu'elles ont de la valeur.

À l'inverse de ces relations aidantes, la plupart des participantes ont aussi vécu des expériences relationnelles décevantes, qui contribuent parfois à ramener l'envie de consommer. En guise d'exemple, c'est probablement un problème de communication, qui peut être la conséquence de barrières culturelles ou d'une certaine méfiance de part et d'autre, qui justifie l'impasse suivante :

J'ai dit j'ai besoin encore de congés, j'ai dit je suis pas capable. Elle dit oui, mais c'est quoi là? *Tsé* elle me pose des questions et pourquoi que tu veux arrêter de travailler? Je me sentais attaquée moi là là. Peut-être que c'était pas ça *pantoute* qu'elle voulait faire, mais je me sentais attaquée. [...] Et j'avais l'impression de glisser là, glisser et tomber là par rapport à tout ça. *Fa que* là quand j'ai dit, là j'ai dit j'aurais besoin encore au moins de deux autres semaines pour me reposer, un mois peut-être parce que là je suis plus capable. Et là elle me pose des questions : Pourquoi? Bien j'ai dit là je le sais pas ce que j'ai, je suis fatiguée et là j'explique le cas, ce qui m'est arrivée à mon travail et par rapport à tout ça, ce que mon supérieur m'a dit. Elle me pose des questions encore : bien là j'ai dit tu veux tu ou bien tu veux pas là? Oui, mais c'est difficile un peu il dit de, en tous les cas, en voulant dire ça là. Elle voulait comme pas trop me le donner là. Bien là, j'ai dit je le sais que j'en ai besoin! Et elle a dit par rapport à quoi? Comment ça se fait que tu le sais que t'en as besoin? Et là bien à force de parler, parler bien je me suis chicanée avec elle et j'ai dit tu veux tu ou tu veux pas? Là elle a dit, c'est pas ça là. Bien j'ai dit c'est correct d'abord, moi je m'en vais et j'ai plus rien à faire avec toi.

Traitements et autres aides thérapeutiques et communautaires

Des aides thérapeutiques sont également considérées comme des ressources pour les participantes et constituent la deuxième méta-catégorie. Bien qu'elles aient déjà été énumérées plus tôt, dans la section du profil de services, plusieurs sont souvent citées, par les participantes, comme ayant été particulièrement aidantes au niveau des apprentissages

et prises de conscience qu'elles y ont faits. À ce sujet, l'une d'elles parle du traitement de réadaptation qu'elle a suivi qui a duré plusieurs mois :

Cette thérapie-là m'a permise d'aller regarder vraiment toutes les facettes de la dépendance. Et prendre le temps que j'avais de besoin pour aller la regarder parce qu'il y a des fois aussi que ça fait : Non! *Tsé ok*, moi je suis comme ça, c'est moi, je suis dépendante. C'est sûr que le processus d'acceptation c'est ça le dit, c'est un processus. Ce qui fait que ça se fait pas comme ça.

Pour sa part, une autre participante dit au sujet de son traitement au Département St-Antoine du centre hospitalier St-Joseph: « *C'est là que j'ai compris que j'étais vraiment un alcoolique, avec les étapes, avec la première étape* ». Dans le même sens, une autre femme affirme que, dix ans après avoir fait son traitement au centre Wapan, celui-ci l'aide toujours à ne pas prendre son premier verre. Pour une autre, son traitement au Département St-Antoine a rendu sa spiritualité plus forte et son traitement au centre Wapan l'a, quant à lui, renforcée dans sa décision de se séparer d'un conjoint très violent.

Par ailleurs, même lorsque les femmes sont sobres depuis plusieurs années, elles retournent parfois en traitement, mais cette fois-ci, pour consolider leurs acquis, prévenir une rechute, renforcer leur identité culturelle ou encore résoudre d'autres problématiques. Lors de son traitement au centre Miam Uapukun, la participante suivante semble retrouver une certaine continuité avec ce qu'elle a vécu étant jeune :

J'ai aimé ça moi la thérapie à *Malio*. [...] C'est vrai qu'on perd nos habitudes. Tous les soirs, les vendredis soirs, y avait des reportages, des vieux. C'qui faisaient les vieux avant. *Hey*, j'ai aimé ça *moé*. Y avait un gros salon. [...] À toutes les deux jours y venaient raconter des histoires. [...] On allumait des chandelles. Même pas de lampes! Les chandelles, les anciens. J'pleurais quand y *contaient* ça. Ma famille *moé*, c'tait de même avant, *tsé*, dans le bois. [...] Y était tout le temps dans l'bois. C'est nous autres notre famille, on était tout le temps dans l'bois [...] dans des tentes. J'ai jusqu'haï mes parents, à cause que, [...] j'me sentais faible. J'haïssais mes parents. [...] *Tsé* y a des journées que tu *feels* pas *pantoute*, tu penses : Pourquoi *moé* j'sais pas lire? Pourquoi *moé* j'fais ...? Pourquoi *moé*? Des affaires pas disables.

Cet extrait illustre bien le choc des cultures puisque ne sachant ni lire, ni écrire, cette participante a exprimé avoir haï ses parents de lui avoir fait vivre le mode de vie traditionnel autochtone au détriment des savoirs valorisés par la culture majoritaire. Aujourd'hui, elle comprend mieux ses parents et revit le passé en écoutant les histoires des aînés et elle affirme que cela lui fait du bien.

Cependant, les traitements de réadaptation de l'alcoolisme et de la toxicomanie n'ont pas toujours apporté une aide optimale pour les participantes. Ainsi, une mauvaise compréhension du français, parce qu'elles sont montagnophones ou quelquefois parce qu'elles sont peu scolarisées, fait en sorte qu'elles n'ont pas compris le contenu du traitement. Un autre élément consiste à la gêne et au fait de ne pas être à l'aise en thérapie de groupe et, par conséquent, elles croient ne pas y avoir travaillé ce qu'elles auraient dû. Par contre, la plupart d'entre elles ont contourné ce problème en retournant en traitement, mais cette fois-ci en choisissant un centre offrant la thérapie en langue ilnu ou encore avec d'autres Autochtones. Ceci a facilité leur compréhension et leur dévoilement aux autres.

Toujours au sujet des aides thérapeutiques, les groupes d'entraide sont aussi mentionnés comme des ressources importantes. La participante suivante confie qu'elle a eu besoin de AA après son traitement :

Après ma thérapie, quand j'ai sorti après 15 jours, là il a fallu que je marche toute seule, que j'apprenne à aller chercher de l'aide quand j'avais soif ou dans mes moments de déprime et dans AA, ils m'ont montré à marcher dans mon chemin.

Et un peu plus tard, elle mentionne : « *AA m'a montré à marcher, m'a montré à parler, m'a montré à rire* ». Une autre exprime que ce sont les *meetings* qui l'ont le plus

aidée à réintégrer la société. De même, la participante suivante dit : « *C'est AA qui m'a sauvée!* ». Un peu plus tard, elle affirme que ce qui l'a particulièrement aidée dans AA c'est *l'amour, la chaleur et l'aide* qu'elle y retrouvait. Pour leur part, les femmes suivantes décrivent ce que représente encore aujourd'hui AA pour elles :

C'est quand j' fais du *meeting* que mon estime de moi à reste puis que j'sais ou ce que j'vas. [...] Qu'est-ce que ça m'apporte? [...] La fierté [...] d'être la personne que j'suis, *tsé* puis de m'dire : Oui, j'peux-t'être alcoolique mais j't'intelligente aussi, j't'une personne puis une bonne personne quand même.

L'amour dans AA et l'amour de la famille qui voit que toi t'as tellement changé et qui se demande, comment ça se fait que tu fais encore 4, 5 *meetings* par semaine et ça fait 20 ans que tu bois pas? J'en ai besoin! Moi, c'est ma pilule! C'est ma pilule. C'est ma pilule et c'est ma famille. Je pense que AA passe avant ma famille. [...] C'est rendu, *tsé* ça devient à ce point-là, là. Parce que ma famille eux-autres ils comprennent pas, ils ont pas le mode de vie. *Tsé* je vais leur dire de quoi, ils vont dire : Ah! T'es bien niaiseuse! Mais AA ils me diront pas je suis bien niaiseuse eux-autres.

C'est également dans les témoignages des autres membres AA que plusieurs femmes se sont reconnues, ce qui a eu un impact positif sur leur rétablissement. La participante suivante, qui vivait sous l'emprise de la violence de son mari, explique, pour sa part, que c'est en partie grâce au témoignage d'un autre membre AA qu'elle a réussi à affronter sa propre peur:

Pis une bonne fois, le gars y dit, y avait tellement souffert. *Tsé* pareil comme *moé* là. *Tsé* y a souffert *pis* y a eu peur *pis* la violence. Y dit : Aussi vrai que j'dis là, en avant. *Moé* avant ça j'avais peur de marcher dans l'noir. J'ai demandé au *Créateur* – y dit – de m'enlever la peur. À partir de ce moment là, *moé* je l'écoutais parler. J'y dis : Si lui y l'a faite dans l'vie, pourquoi *moé* je l'frais pas?

Encore aujourd'hui, plusieurs participantes expriment se reconnaître, apprendre de nouvelles façons de régler leurs difficultés et se re-motiver en écoutant les témoignages des autres membres AA. La prochaine participante raconte le sens que prennent pour elle ces témoignages, même après un an de sobriété :

La personne qui dit son partage en avant [...] *tsé* elle, elle parle de elle, d'où elle vient. [...] *Fa que* automatiquement, c'est sûr c'est une partie de mon miroir, j'ai la même maladie. *Fa que* ça, ça fait comme, elle, elle me dit pas ce que je veux entendre dire. [...] Elle, elle est là pour parler de elle et non de moi [...] *Fa qu'*il y a pas mettons de communication directe. Mais pour moi ça me permet d'aller me regarder *tsé*.

L'association des Narcotiques anonymes (NA) est aussi perçue comme une ressource pour celles qui y ont déjà adhéré, il y a plusieurs années, ou lors de leur traitement à l'extérieur de la communauté. Comme il a été mentionné plus tôt, l'association des NA n'est pas présente à Mashteuiatsh et c'est avec nostalgie que certaines femmes en parlent :

J'ai faite, pour mes médicaments, j'ai faite, il y avait un mouvement, il y avait un autre mouvement c'est concernant la drogue puis la consommation de médicament-là. Je m'en souviens même plus du nom. [...] C'est quelque chose qui m'a aidée beaucoup parce que dans AA c'est sûr que ça m'a aidée pour l'alcool puis dans l'autre mouvement que je suis allée, il y avait beaucoup, beaucoup d'amour-là. Je dis pas dans AA que y avait pas d'amour, y avait de l'amour, mais il montrait plus dans ce mouvement-là, plus d'amour. Dans AA là, t'arrivais tu pouvais pas faire une *collade* à quelqu'un, c'était défendu puis dans l'autre mouvement tu arrivais, puis ils te prenaient, ils te montraient comment qu'ils pouvaient tenir à *toé*, ils t'aimaient là, tu ressentais une chaleur. [...] C'était *toute* du monde qui venait soit de Dolbeau, soit de Roberval. C'était vraiment, il y avait beaucoup de chaleur, j'ai aimé ce mouvement-là aussi. Ça m'a beaucoup aidée. J'ai participé beaucoup à ce mouvement-là, être secrétaire ou bien donner des partages, j'ai partagé beaucoup.

Une autre participante soulève qu'AA s'adresse seulement à l'alcoolisme et, qu'en adhérant à cette association, elle doit taire une partie de sa réalité de consommation de drogues. Elle mentionne : « *Je trouvais ça difficile au début là. Là maintenant j'apprends [...] Parce que Narcotiques anonymes, il n'y en a pas ici. Fa qu'un moment donné il a fallu que je me fasse comme une raison en quelque part* ». Cette même femme trouve, par contre, des aspects moins positifs de ce mouvement par rapport à celui des AA :

Et aussi, en quelque part, j'ai compris que les points d'ancrage dans Alcooliques anonymes sont comme plus solides. Dans le sens que des attrait de 15, 20, 30 ans et en montant de rétablissement, il y en a beaucoup plus que NA. NA c'est plus *in and out*. J'ai rencontré pour l'instant ici dans le secteur, une personne qui a 12 ans de rétablissement dans Narcotiques anonymes, c'est à Alma. [...] C'est sûr que bon, le monsieur est considéré comme un attrait, mais il y en a plein de personnes. [...] Ça fait que comme mettons, comme point de référence en fin de compte, ça fait comme j'ai juste une personne. Si je m'en vais dans Alcooliques anonymes bien ça fait comme il y en a plein. *Fa que* si mettons je suis dans un moment de vulnérabilité, que [...] parce que c'est sûr que je suis pas à l'abri de rien dans un endroit comme ça là.

De plus, elle ajoute :

Tsé il y a des gens qui vont se présenter beaucoup dans Narcotiques anonymes, [...] qui consomment pas, mais qui vont continuer à vendre de la substance. [...] Ou simplement qu'ils vont venir faire du NA sachant très bien que c'est du monde qui arrive de la consommation et qu'aujourd'hui ils se rétablissent et qu'ils viennent se chercher des vendeurs. [...] *Fa que tsé* c'est toutes des choses que bon j'ai à me protéger et que justement les points d'appui positifs, j'ai pas la même chose que Alcooliques anonymes. *Fa que* c'est ça qui vient en fin de compte dire [...] j'ai besoin des deux moi. Je peux pas me permettre juste un.

Plusieurs adhèrent également à d'autres types d'aide que les groupes d'entraide et les traitements. Ces aides thérapeutiques comprennent notamment des séjours à l'hôpital, concernant le problème de consommation ou des problèmes liés à la consommation. Pour les trois participantes qui ont eu recours à un tel séjour, elles avaient fait une tentative de suicide lors de leur *bas-fond*. C'est pendant cet arrêt d'agir qu'elles ont décidé d'entreprendre des démarches pour cesser leur consommation de substances. Les suivis avec hébergement, en milieu hospitalier ou en ressource intermédiaire tel le Séjour de Jonquière¹, ont aussi été des ressources utilisées par plusieurs participantes. Les autres types d'aide utilisés consistent en la psychothérapie avec psychologue, le suivi psychosocial avec un intervenant et des ateliers de croissance personnelle. L'extrait

¹ Le Séjour de Jonquière est un organisme communautaire à but non lucratif qui accueille une clientèle présentant des problématiques *d'itinérance*, de santé mentale, de violence, de consommation d'alcool, de drogues et de jeu. En plus d'un volet d'hébergement dépannage, cet organisme offre plusieurs programmes concernant les dépendances, notamment des programmes d'éveil et d'orientation, de pré-cure, de soutien lors d'une rechute, de post-cure et suivis externes.

suisant illustre l'importance qu'a eue un atelier de croissance personnelle pour une participante :

J'ai été longtemps à me considérer comme si je n'étais pas une bonne mère. C'est des gens avec qui j'ai faite la session, toute le mouvement que j'ai faite. C'est eux-autres qui m'ont dit : Oui t'es une bonne mère, c'est parce que c'est l'alcool qui t'a rendue de même, c'est les pilules qui t'a rendue de même. Dans le fond, t'aimes tes enfants. J'ai dit : Oui.

Pour cette autre participante, c'est un atelier de croissance personnelle donnée par des Autochtones qui l'a aidée :

Au commencement, quand j'ai arrêté de consommer, il y avait un chose de spirituelle. C'était : *Voler de ses propres ailes*. [...] C'est là que [...] des personnes nous ont parlé *fa que* je suis allée voir et ça et ça a fait mon affaire. [...] Ça, m'a aidée beaucoup... Bien dans ce temps-là, quand tu consommes, ton Être suprême tu l'as pas là. *Fa que* c'est ça, j'avais perdu, j'avais perdu cette aide-là. Je l'avais mais [j'étais plus en contact avec]. *Fa que* c'est là que ça m'a appris à prier et j'ai appris à demander. C'est là que ça a changé toute ma vie là. J'ai plus consommé là.

Il est important de rappeler ici que les mouvements communautaires spirituels ont été une ressource fondamentale selon les dires de plusieurs femmes. Même s'ils peuvent paraître loin du problème de consommation, les femmes qui adhèrent à ces mouvements mentionnent souvent qu'il s'agit d'une de leurs plus importantes ressources, qui les ont aidées à résoudre leur problème de consommation.

Certaines participantes semblent vivre de l'insatisfaction et de l'irritation à l'égard des services médicaux modernes. Les propos suivants sont éloquentes :

[...] Et ce qui m'énerve [...] c'est que les solutions sont trop rattachées à une culture qui [ne] nous appartient pas. Bien l'approche de la médecine, c'est ça. [...] Eux-autres au lieu de trouver la cause du problème, tu vas chez le médecin là et t'as mal au foie là, il va te donner une pilule pour arrêter ton mal de foie, mais il cherchera pas pourquoi t'as mal au foie. Bien si t'as mal au foie c'est parce que t'es *alco* ou bien tu manges trop de viande ou bien... Mais si t'arrêtes de manger de la viande ou t'arrêtes de boire, ton mal de foie va partir. Pas besoin de pilule! Une pilule qui va te donner mal ailleurs en plus! *Tsé fa que* c'est un peu la perception. [...] S'ils auraient une approche ilnu, autochtone, ils auraient une approche plus holistique. Sortir *Santé-Canada* un petit peu là de ça. Il y a des ressources à [Mashteuiatsh]. Plein de monde qui font des tentes suantes et qui ont des forces spirituelles qui sont là pour partager. Il y a plein de choses possibles à faire dans ce sens-là. Et moi, c'est à ça que je crois. En quelque part, si on voyait l'humain dans sa globalité, comme approche médicale, globale, mettons ça aiderait pas mal. [...] l'approche circulaire, l'approche holistique c'est la pensée autochtone, c'est la philosophie. Juste la perception que toute chose est interreliée.

Comme cette femme le mentionne, *la cause du mal de foie peut être l'alcool ou trop de viande et qu'il faut traiter la cause du problème*. Ainsi, selon elle, il importe d'adapter culturellement les services à la clientèle visée. Les mouvements de spiritualité autochtones semblent, pour leur part, s'adresser à l'origine du problème de consommation, soit en favorisant une forme de retour aux sources, une façon de retrouver ses racines ou de restaurer la rupture identitaire d'avec les générations précédentes. Plus concrètement, ces mouvements spirituels semblent être une façon d'apprendre, de s'approprier, d'affirmer et de transmettre les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être de ce peuple autochtone. Comme suggèrent les récits de plusieurs participantes, adhérer à la spiritualité autochtone semble avoir la fonction de guérir la blessure identitaire pour soi, mais aussi pour les autres générations en se réappropriant ce qui appartient au peuple autochtone et en transmettant ses valeurs et ses savoirs culturels aux générations suivantes. Les quelques extraits suivants sont illustratifs : « *Mais c'est quelque chose qui appartient aux Ilnuatsh, je pense. Moi j'ai cherché comme je te disais dans plein de*

religions [...] j'ai trouvé beaucoup de choses, mais c'est dans ça que j'ai trouvé vraiment ». Toujours à ce sujet, une autre participante dit :

Je me suis retrouvée-là, vraiment là [...] parce qu'il me manquait quelque chose là. D'abord, tu te poses tout le temps la question : Qui je suis là vraiment? Parce qu'on a subi des choses quand on était jeune puis, *tsé* : T'es pas Indienne, t'es pas, *tsé* t'es qui vraiment? Puis quand j'ai connu la spiritualité [autochtone], c'est là que je me suis retrouvée vraiment. [...] À l'intérieur de *moé*-là, j'étais vraiment bien là-dedans.

Racontant son voyage spirituel au Dakota du Sud, une autre femme demande à l'intervieweuse : « *J'sais pas si tu y as déjà été? [...] J'te souhaite de y aller. Toute notre race là de s'bord icitte là ... Hey! J'ai aimé...* ». Finalement, une autre participante aborde la coupure culturelle entre les générations et sa tentative de rétablir la continuité en transmettant la spiritualité à ses enfants : « *Mes parents m'ont pas montré ça. Là mes enfants aujourd'hui, je leur montre. Je leur montre tout ça, la spiritualité parce que c'est à eux autres. Ça nous appartient aussi!* ».

Ce ne sont, cependant, pas toutes les participantes qui voient d'un bon œil ces cérémonies spirituelles, puisque l'une d'entre elles a exprimé avoir questionné des aînés qui lui ont dit que ces cérémonies n'appartenaient pas aux Ilnuatsh. Par contre, une autre des participantes semble avoir une explication au fait que certains aînés perçoivent négativement ces cérémonies :

Il y a du monde qui ont peur de ça la spiritualité parce que, dans le temps de la colonisation c'était perçu comme de la sorcellerie *tsé* et les aînés ont peur de ça et ils ont transmis ça aux plus jeunes *fa* que c'est sûr qu'il y a du monde qui ont pas compris ça et qui ont peur de ça.

Bien qu'il existe des divergences d'opinions à ce sujet, il peut être important de retenir que cette tentative de se réapproprier ou de réaffirmer son identité autochtone passe souvent par la spiritualité. Toutefois, quelques participantes témoignent également revaloriser leur identité d'Autochtones à travers les arts et l'artisanat, de même qu'en

exerçant des métiers où les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être ancestraux sont importants et enseignés, tel qu'en enseignant le *nelueun*, comme il a été vu dans la section sur les stratégies. Ainsi, le fait qu'il existe quelques emplois rémunérés mettant en valeur les savoirs ancestraux autochtones constitue également une ressource importante pour ces femmes. En résumé, toutes ces aides à la quête identitaire se sont avérées des ressources fondamentales pour certaines participantes, que ce soit dans la phase résolution ou celle du maintien.

Éléments contextuels

Cette troisième méta-catégorie des ressources réfère aux événements, faits ou circonstances qui, selon les participantes, ont facilité la résolution de leur consommation problématique de SPA.

À ce sujet, des participantes ont fait allusion à la chance qu'elles ont eu d'être toujours en vie et de pas avoir eu plus de méfaits, malgré tous les actes risqués qu'elles ont commis en état d'ébriété. Plusieurs attribuent cette chance au *Créateur* et ceci peut sans doute avoir pour effet de renforcer leur foi. Les extraits suivants sont illustratifs : « *Moi j'ai eu [...] la chance de connaître la prison, de connaître l'hôpital, mais combien il y en a qui connaisse la mort là-dedans?* ». Un peu plus tard, cette même femme révèle : « *Merci mon Dieu! J'ai toujours eu en quelque part, j'ai dû être bénite parce que j'ai toujours eu un auto, j'ai jamais eu de permis et j'ai jamais été arrêtée* ». Pour sa part une autre participante affirme :

J'ai été chanceuse. [...] Quand on passe à travers de tout ça là, là tu te rends compte que le bon Dieu était là certain parce que j'ai pas perdu mes enfants, j'ai eu des accidents d'auto, les policiers venaient me reconduire ici et chaude là! La police [...] j'ai pas perdu mes permis et j'ai *scrappé* le char... C'est pour ça que je te dis que le bon Dieu, en quelque part, il était là. [...] Parce que j'aurais pu mourir dans ces accidents-là, même tuer quelqu'un.

Pour certaines, le fait de ne pas avoir consommé de SPA plus nocives, selon elles, a aussi été une ressource, comme l'affirme cette participante : « *La seule chose je pense qu'en fin de compte j'ai pas touché dans ma vie, c'est l'héroïne. Merci mon Dieu! Parce que je sais que ça m'aurait amenée...* ».

Ne plus avoir soif ou ne plus avoir de *cravings* sont aussi des états qui facilitent le processus de résolution de la consommation problématique ou le maintien de la sobriété. Pour quelques femmes, c'est à la suite d'un événement qu'elles mentionnent ne plus avoir eu envie de consommer. Par exemple, une participante mentionne avoir arrêté pendant plusieurs mois après avoir fait une cérémonie de la tente suante :

Quand je suis rentrée dans le *meteshan* là j'ai eu l'impression de enfin trouver la façon de me lier à Dieu *tsé*. [...] La fin de semaine après [...] je me suis ouvert une bière et j'étais pas capable de la boire! Je n'avais plus soif!

Pour une autre, c'est en rencontrant son futur conjoint qu'elle a perdu le goût de consommer une des SPA qu'elle consommait de façon problématique : « *La colle, j'ai arrêté ça directement. Quand j'ai connu mon mari là. J'tais trop amoureuse. [...] J'ai arrêté de même. [...] J'avais pas l'goût, j'y pensais pu* ».

Quelques femmes affirment aussi disposer de ressources matérielles ou financières. Une participante évoque la chance de pouvoir compter sur de telles ressources : « *Quand j'en ai eu d'besoin [en parlant de l'argent] j'en ai toujours eu, tsé là. J'pense que quand qui t'en donne c'parce que t'en as de besoin* ». Pour une autre femme, le fait d'avoir son propre loyer est garant de son indépendance. Ainsi, quand elle s'est faite offrir de vivre

avec d'autres personnes, elle évoque : « *J'aime mieux garder mon loyer. Quand bien même j'aurais de la difficulté un peu, c'est pas grave, mais j'aime mieux garder mon loyer [...] parce que c'est le dedans de moi qui veut que je sois dans ma maison* ». Une autre participante révèle que des outils thérapeutiques, tels des cassettes audio comme le *Mémorendum de Dieu* et des documents écrits comme *L'arbre sacré*, *Les quatre accords Toltèques* et un livre de Lise Bourbeau dont le titre est *Les cinq blessures qui empêchent d'être soi-même*, ont été des ressources significatives pour elle. Pour une autre femme, ce sont ses documents de thérapie qu'elle utilise toujours. Finalement, plusieurs outils que les AA utilisent sont souvent cités, tels que le *24 heures*, des lectures spirituelles, etc.

Par ailleurs, il faut souligner que souvent, lorsqu'elles changent leur mode de vie, des conséquences positives s'ensuivent. Celles-ci viennent, à leur tour, renforcer leur sobriété. Ainsi, il est fréquent que les *cravings* disparaissent avec le temps, de sorte que ces femmes perdent souvent le goût de consommer, comme exprime celle-ci : « *Puis là aujourd'hui ça me dérange pas pantoute de pas boère. J'pense pu à ça* ». Bien que plusieurs femmes ressentent de l'anxiété et de la culpabilité face à ce qu'elles ont fait en état d'ébriété, ces émotions tendent à disparaître à la suite de démarches pour faire la paix avec leur passé ou simplement avec le temps, tel qu'en témoigne cet extrait : « *Tout ce que j'ai pu faire, c'est tout parti loin, loin en arrière des montagnes, en arrière, partout, loin, loin, loin. J'ai dit tout ce que j'ai pu faire ça m'est égal maintenant. Hey! Je suis bien en dedans de moi-même* ».

Le fait que les proches ne consomment pas fournit un environnement qui facilite aussi leur résolution, comme affirme cette femme qui a vécu dans la famille de sa sœur, le

temps de se rétablir : « *Elle n'en prend pas ma sœur. Elle n'en prenait pas. Fait que ça m'a donné une chance. Dans ce temps là, elle restait avec son mari et son mari n'en prenait pas non plus. Puis, ça m'a donné une chance* ». Avoir un milieu de vie non-violent et vivre des événements positifs depuis l'arrêt de la consommation sont aussi quelques ressources discutées, tel que l'illustrent ces deux extraits : « *Moé j'prenais un coup parce que j'avais pas peur quand j'tais chaude pis quand j'tais pas chaude, j'me faisais battre tsé. Aujourd'hui, j'contente de pu avoir ça tsé la chicane* » et une autre participante évoque « *Toutes des belles choses qui m'arrivent, qui nous arrivent. [...] On fait des belles choses, on part en voyage fa que ça nous apporte tellement de vie pour nous autres* ». Jusqu'à maintenant, les personnes significatives, les traitements ou autres programmes et les éléments contextuels ont été traités.

Ressources personnelles

Cette quatrième et dernière méta-catégorie est composée des qualités et habiletés; des croyances et perceptions; des prises de conscience et compréhensions; des apprentissages et, finalement, de la foi des participantes.

Les principales qualités ou habiletés que les participantes relient au succès de leur résolution consistent en leur capacité d'aller chercher de l'aide, à départager ce qui appartient à soi de ce qui appartient à autrui et en leur estime de soi. Il peut être affirmé que pour la plupart, l'estime de soi s'est acquise lorsqu'elles ont débuté le processus de résolution.

Par ailleurs, un certain nombre de qualités ont été citées par les participantes. Celles qui ressortent le plus souvent sont celles qu'elles nomment l'honnêteté, la sincérité ou la

transparence, la grande motivation et le courage, la persévérance ou la volonté. D'autres qualités sont également mentionnées, mais elles sont davantage spécifiques à certaines femmes. Il s'agit notamment d'habiletés sociales, du respect envers les autres, de la diplomatie, de l'autonomie, de la créativité, de l'optimisme et de l'ouverture d'esprit.

Certaines croyances ou perceptions les ont aussi aidées tout au long de leur processus. Quelques-unes de celles-ci sont directement liées à la consommation et à la croyance qu'elles ne pourront pas arrêter si elles consomment à nouveau, tel que l'expriment, à leur façon, ces participantes : *« Et moi bien regarde... un verre, une consommation c'est trop et mille ça en est pas assez. Et ça c'est dans tous les domaines de ma vie »*. Une autre dit :

Ça été difficile-là de dire j't'un alcoolique. Aujourd'hui, je ne trouve pas ça difficile, mais je sais que je suis un alcoolique. Si je prends une bière, j'en prends pas rien qu'une. Si je dis j'vas en prendre rien qu'une, j'en prendra pas rien qu'une, ça va être la caisse au complet.

Cette croyance a pour effet d'induire une certaine peur de consommer, les incitant notamment à focaliser sur l'avenir et sur le nouveau mode de vie. Cependant, il ne s'agit pas toujours d'un facteur de protection contre une rechute, puisque lorsque certaines d'entre elles consomment à nouveau, elles ont souvent l'impression de perdre tous leurs acquis et de devoir recommencer tout le chemin parcouru. Sous l'appréhension du poids de ce fardeau, elles cèdent parfois à la tentation de continuer à consommer des SPA.

D'autres perceptions les aident à manifester des attitudes qui semblent les protéger contre d'éventuelles rechutes, comme l'illustrent les extraits suivants :

J'prends ma place puis je sais que j'y ai droit. Puis quand même que ce sera l'pape, ça veut pas dire que t'es la meilleure personne au monde ou la pire personne au monde. Ça dépend de c'que toi tu as appris. [...] C'est pas parce qui est médecin qui est meilleur que moi. J'peux apprendre de cette personne là comme cette personne-là peut apprendre de moi.

Ou encore :

La pire journée dans ta vie qui peut t'arriver ça vaut pas la peine de venir sur le bord de tout lâcher là *tsé*, parce que tu sais bien que si tu recommences à boire, tu vas recommencer ce que t'as lâché là.

Lorsqu'elles parlent de leurs prises de conscience et de leurs apprentissages c'est souvent durant leur traitement, comme vu précédemment, ou par le biais d'expériences relationnelles auprès d'aidants, comme le relate cette participante :

La première marraine que j'ai eu, ça, ça été ma première expérience *pis* après ça *moé* j'ai eu *ben* d'la misère. *Pis* elle cette marraine là, là, c'est comme... À avait la manie de... On dirait qu'à avait le don de faire des négociations qui existaient pas *pis* de *fourrer* le monde. On dirait qu'à l'avait ça dans l'sang.

Elle a tiré tout de même une leçon positive de cette relation, puisqu'elle exprime : « *Ça m'a aidée à pouvoir m'affirmer* ». En ce qui a trait à leurs compréhensions ou prises de conscience, elles sont nombreuses et variées. Ainsi, une participante affirme avoir pris conscience qu'elle avait les émotions d'une petite fille de 9 ans, tant elle les avait réprimées : « *J'ai compris aussi que émotionnellement quand j'ai commencé à me rétablir, que j'avais les émotions d'une petite fille de 9 ans* ».

La foi est une ressource très importante et fréquemment abordée pour les participantes qui en discutent. Pour certaines, elles l'ont toujours eu, même lorsqu'elles consommaient de façon problématique, comme en témoignent ces extraits : « *Moi bien vu que je suis catholique, j'ai toujours cru en Dieu! Même moi là, là, si je te disais là des soirs où j'étais bien chaude et je disais tout le temps, je lui parlais lui, comme je te parle là!* ». D'autres participantes disent :

J'ai la foi. Ah oui! J'ai la foi. J'ai toujours eu la foi, mais sauf que on dirait des temps peut-être qu'il était pas là pour moi. Il était pas là pour moi, mais sauf que j'ai toujours eu l'impression de penser que si il est pas là pour moi c'est parce qu'il y en a peut-être d'autres qui en ont besoin plus que moi.

Lui en haut je le sens qu'il a jamais eu de préjugé contre moi. Je le sens que *tsé* ça l'a toujours été inconditionnel. Ça ce senti-là je l'avais vraiment au départ *tsé*. Aussi en quelque part, ça fait partie des valeurs qui m'ont été transmises par mes grands-parents, par mes parents. [...] C'est ça, la foi. Parce qu'en quelque part, la foi je vois que pour moi c'est quelque chose qui a été vraiment présente dans ma famille. Et je pense que c'est à ça que je me suis accrochée. J'ai réalisé vraiment aussi en quelque part en thérapie que [...] même si j'avais confiance en moi, j'avais pas de bonne estime de moi, c'est ma foi, puissance supérieure à moi-même qui m'a sauvé la vie.

Le fait que ces femmes aient une foi active, peu importe l'être en lequel elles croient, peut possiblement expliquer en partie leur adhésion au programme des AA, ainsi qu'au mouvement de spiritualité autochtone.

Pour terminer cette section sur les ressources, il peut être intéressant d'observer la progression de la disponibilité et de l'utilisation des ressources tout au long du processus de résolution. Bien que les ressources semblent peu disponibles au début du processus de changement, dû au fait que les participantes ne les voient pas, n'osent pas aller vers elles ou encore simplement parce qu'elles sont non disponibles, les femmes bénéficient généralement d'un éventail grandissant de ressources tout au long de leur cheminement. Ainsi, au départ, les femmes interviewées disent s'être accrochées souvent qu'à une ou deux ressources, comme leur foi, leurs enfants ou un intervenant, ressources qui les motivent aussi à changer. Grâce, à leurs efforts et à leur volonté de persévérer, elles modifient leur réseau social, rencontrent de nouvelles personnes qui les amènent à croire en elles et renforcent leur estime de soi.

C'est ainsi que la première méta-catégorie des ressources, soit les personnes significatives, est présente dès le début du processus et constitue souvent une raison pour débiter de tels changements. Ensuite, comme décrit plus tôt, les participantes rencontrent d'autres personnes significatives.

La seconde méta-catégorie de ressources, celle des traitements ou autres programmes thérapeutiques ou communautaires, apparaît la plupart du temps tôt après avoir débuté le processus de résolution. Au début, ces ressources sont utilisées pour modifier les comportements de consommation, mais lors de la phase du maintien, elles reviennent pour les aider à d'autres niveaux, ayant alors une fonction de prévention contre des rechutes.

Pour sa part, la troisième méta-catégorie de ressources, celle des éléments contextuels, apparaît plus fréquemment lors des changements du mode de vie de consommation et est constituée, également, souvent de conséquences positives de l'arrêt ou de la diminution de la consommation de SPA. Leurs ressources personnelles, quant à elles, quatrième méta-catégorie, leur semblent voilées en début de processus. Ceci, probablement parce que les femmes sont centrées sur leurs souffrances. Par contre, à un moment donné, des acteurs et des événements les ont souvent aidées à reprendre confiance en elles et à voir leurs qualités et habiletés personnelles. Les participantes ont aussi acquis ou développé d'autres ressources personnelles tout au long de leur cheminement, tel que mentionné dans la présente section.

Discussion

Dans le présent chapitre, des liens sont établis entre les résultats de cette étude et les écrits scientifiques. Le chapitre est divisé en sept sections. La première consiste en un rappel des objectifs, de la méthode et des résultats de la présente recherche et la seconde porte sur le contexte culturel de la communauté de Mashteuiatsh. Cette dernière section permettra de bien situer les diversités culturelles des résultats. Le MTTC est abordé dans la troisième section, tandis que la quatrième traite, pour sa part, des explications plausibles quant à la faible présence de rémission sans traitement parmi les femmes de l'échantillon. La cinquième section se rapporte à l'influence du modèle des Douze étapes des AA dans cette communauté et chez les Autochtones en général. Finalement, les sixième et septième sections concernent les forces et faiblesses de cette étude, ainsi que les conséquences et retombées possibles.

Rappel des objectifs, de la méthode et des résultats

Le but de cette étude est de comprendre les éléments contribuant au processus de résolution des problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez les femmes pekuakamiulnuatsh. Plus précisément, cette recherche a permis de décrire les motifs, les stratégies et les ressources qui sont perçus comme aidants d'une part, tout au long du processus de résolution de la consommation problématique d'alcool ou de drogues et, d'autre part, au maintien de la sobriété, chez ces femmes pekuakamiulnuatsh.

Pour bien comprendre ce processus, ainsi que les éléments qui y ont contribué, tel que les femmes pekuakamiulnuatsh les conçoivent elles-mêmes, une méthode qualitative

de type exploratoire a été retenue. Cette approche conçoit que la compréhension des comportements, des actions et des événements n'est pas accessible uniquement par les faits en soi, mais surtout, par leur relation avec les significations que les individus leur attribuent (Anadón, 2005). Ces significations sont elles-mêmes influencées par les aspects culturels et sociaux vécus à travers les interactions sociales, communautaires et familiales de l'individu. En ce sens, pour une femme, le fait de se faire enlever la garde de ses enfants peut être vécu comme un motif menant à une prise de conscience drastique de l'ampleur de son problème de consommation, l'incitant à changer ce comportement, alors que pour une autre, cet événement peut la renvoyer à un sentiment d'incompétence, qui à son tour, motive plutôt la progression de sa toxicomanie.

Dans le cadre de cette recherche, le fait d'avoir donné la parole à ces participantes a permis de valoriser leurs points de vue et d'accéder à leurs propres représentations subjectives de ce qui les a aidées. Ainsi, selon Smith (1999), les méthodes qualitatives sont pertinentes pour les Autochtones parce qu'elles cherchent à découvrir qui sont ces gens, quels sont leurs histoires et le sens qu'elles prennent pour ceux-ci. De plus, selon Smith (1999), ces recherches permettraient de contrer les effets indésirables de l'assimilation des peuples autochtones, en leur permettant de se libérer des stress négatifs associés aux normes culturelles imposées par la société occidentale dominante. En même temps, ces recherches leur permettraient de reconquérir leur autonomie d'action face à leurs orientations culturelles propres. En ce sens, le choix de cette méthodologie a également permis de répondre aux recommandations de la Commission

royale d'enquête sur les peuples autochtones du Canada (1993), puisqu'elle permet l'émergence des spécificités culturelles.

L'analyse des résultats a permis d'identifier sept grands motifs qui ont incité l'arrêt ou la diminution de la consommation et six qui ont motivé la sobriété. De plus, cinq grands types de stratégies de résolution du problème de consommation se sont transformés, quelque peu, pour le maintien du changement. Finalement, quatre types de ressources ont aidé ces femmes tout au long de leur processus de changement. La prochaine section aborde brièvement ces catégories de motifs, stratégies et ressources, mais parce qu'elles sont très synthétisées à ce niveau d'analyse, les nuances des spécificités culturelles n'y sont pas évidentes. Ces spécificités seront donc discutées un peu plus loin dans le texte.

*Évolution des motifs tout au long du processus de la
résolution du problème de consommation de SPA*

L'analyse des discours a permis d'identifier sept grands types de motifs, raisons ou événements qui ont motivé ces femmes à décider de changer leur style de consommation et six qui les ont incitées à maintenir leur sobriété.

Pour la plupart des participantes, un état de mal-être intérieur, qui se manifeste souvent par une importante crise suicidaire, a motivé leur décision de changer leur mode de vie de consommation. Il est intéressant de noter ici que les femmes parlaient souvent du *bas-fond* lorsqu'elles décrivaient cet état de mal-être, ce qui peut refléter une certaine adhérence à la terminologie des AA. D'autres motifs ressortent aussi comme impératifs dans leur décision de changer. Il s'agit notamment d'une prise de conscience de

l'ampleur de leur problème de consommation ou de ses effets, ainsi que de l'influence de personnes significatives, surtout des enfants, et du fait de vivre l'expérience de se sentir aimée, soutenue ou acceptée inconditionnellement. À cela s'ajoute, d'autres raisons, telles que des aspirations, traduisant une volonté d'accéder à un mieux-être personnel et relationnel, des ultimatums impliquant le choix entre la consommation ou quelque chose à laquelle elles tiennent ou, le simple fait de ne plus avoir l'effet escompté de la consommation, surtout en ce qui a trait à l'automédication. Finalement, pour les femmes qui ont abordé cet aspect, la culture autochtone est un élément motivant très important et qui, en général, se manifeste par des stratégies de réappropriation et de réaffirmation culturelle. Ces stratégies ne sont pas négligeables puisqu'elles semblent découler d'une profonde blessure qui caractérise l'identité de plusieurs de ces femmes. À un autre niveau, cette motivation peut aussi se comprendre comme un souhait de restaurer la continuité culturelle d'avec les générations précédentes, en se réappropriant des savoirs ancestraux qui serviront de repères culturels dans la vie de ces participantes.

Avec l'acquisition d'expériences émanant de la nouvelle vie de sobriété, les raisons de maintenir celle-ci tendent à devenir plus positives que celles ayant motivé le changement initial. À l'étape du maintien, trois types de motifs sont toujours importants pour les participantes. Il s'agit de leurs aspirations vers un mieux-être personnel et relationnel et de l'influence de certaines personnes significatives, dont le mieux-être des enfants. C'est également à ce stade du maintien que s'accroît l'importance des personnes contre-modèles, qui sont des Pekuakamiulnuatsh continuant de consommer et de leur rappeler leur vie de surconsommation, à laquelle elles ne veulent plus retourner.

Les phénomènes de réappropriation et de réaffirmation culturelles gagnent aussi en importance à ce stade et orientent certaines sphères de la vie de ces femmes. Par ailleurs, les souvenirs d'expériences négatives vécues à l'époque de la consommation, tels que le *bas-fond*, des actes humiliants ou des *bad trip*, la prise de conscience des gains sociaux, familiaux, psychologiques, matériels et financiers de leur nouvelle vie de sobriété ainsi que les croyances qu'elles ont quant à la perception d'une rechute, constituent aussi de nouveaux motifs au maintien de leur sobriété. En d'autres mots, les souvenirs d'événements négatifs lors de la période de consommation leur confirment qu'elles ne veulent pas retourner en arrière et les nouvelles réalités positives qu'amène la vie de sobriété agissent en tant que renforcements positifs et les aident à se maintenir dans cette voie. De plus, la croyance que si elles rechutent, elles doivent recommencer à zéro, les incite à ne pas courir le risque de reconsommer. Toutefois, cette dernière croyance peut aussi s'avérer un obstacle à leur reprise en main si elles rechutent, puisqu'elles tendent alors à croire qu'elles y ont perdu tous leurs acquis.

Plus il y a d'années de sobriété, moins elles semblent avoir besoin de motifs pour rester sobres. Ainsi, en début de processus, elles ont de 6 à 12 motifs pour arrêter ou diminuer leur consommation de SPA, mais lorsqu'il s'agit de maintenir leur sobriété, elles présentent tout au plus six motifs. Cette constatation pourrait s'expliquer, d'une part, par le fait que lorsque le changement est bien instauré, les *cravings* sont moins fréquents et il devient alors moins nécessaire de déployer de l'énergie pour lutter contre eux. D'autre part, les changements effectués au niveau de l'environnement global des participantes, comme par exemple, la modification du réseau social, semblent rendre le

mode de vie de sobriété mieux ancré, de sorte qu'elles n'auraient plus besoin d'avoir de motifs pour se convaincre de ne pas consommer à nouveau de façon problématique.

*Évolution des stratégies tout au long du processus de
résolution du problème de consommation de SPA*

En général, il semble y avoir une progression au niveau de certains types de stratégies. Au tout début du processus de résolution du problème de consommation, ces femmes luttent surtout contre les *cravings*. Pour la majorité d'entre elles, cette période s'avère très difficile. Les symptômes de sevrage sont intenses et leurs efforts sont alors mobilisés à ne pas consommer. Elles utilisent des pratiques spirituelles autochtones, catholiques ou autres, tentent d'éviter ou de se distancier des stimuli reliés à leur *craving*, reportent le moment de leur consommation ou tentent de se raisonner en s'exposant les conséquences négatives de leur consommation ou, encore, les conséquences positives de leur sobriété. Tout semble se dérouler comme si les réussites de ce combat symbolique contre la substance fournissent l'énergie et la motivation nécessaires à poursuivre leur cheminement à travers leur processus de résolution. Ce type de stratégies, bien qu'interrelié aux autres types de stratégies, s'estompe avec le temps puisque les *cravings* se font de moins en moins fréquents et aussi parce que les femmes deviennent de plus en plus habiles à les contourner et à les confronter.

La diminution des *cravings* laisse la place à des stratégies plus proactives qui visent, d'abord, à éviter ou à arrêter la consommation à court terme. Notamment, elles décident d'agir sur leur consommation; recherchent de l'aide, ou elles font un traitement

dans un centre autochtone ou non¹; pratiquent la spiritualité à laquelle elles adhèrent; évitent ou se distancient des situations, lieux, personnes, objets ou substances qu'elles associent à la consommation et finalement, elles utilisent des renforçateurs à leurs comportements d'évitement.

Puis, assez tôt, elles commencent à se construire un mode de vie de sobriété. AA a inspiré beaucoup de participantes à ce niveau. Ce type de stratégies semble central pour la plupart des participantes qui ont maintenant une vision à plus long terme du rétablissement. Ces stratégies, de nature comportementale et cognitive, peuvent débiter au commencement du processus de résolution et prennent habituellement de l'importance tout au long de celui-ci. En résumé, ces stratégies consistent à améliorer leur environnement; à développer des habitudes saines et à modifier leur façon de percevoir le monde; à pratiquer une spiritualité de façon régulière; à s'adapter à la culture des gens n'ayant pas de problèmes de consommation et, quelques fois, à aider les autres, notamment en enseignant leur art ou encore en guidant des cérémonies spirituelles autochtones. Par contre, c'est lorsqu'elles sont plus avancées sur le chemin de la sobriété qu'elles adoptent plus fréquemment un rôle d'aidante. Puis, la libération émotionnelle est une stratégie qu'elles tentent d'intégrer à leur vie, particulièrement pour remplacer l'automédication des SPA. Manifester de nouvelles attitudes, telles qu'affirmer ses limites personnelles ou se montrer optimiste, fait aussi partie de l'établissement de ce nouveau mode de vie.

¹ Étant donné que pour plusieurs participantes, le processus de résolution remonte avant le début des années 90, les centres de traitement du réseau PNLAADA étaient alors inexistantes.

Lutter contre les déclencheurs de *craving* est aussi une stratégie rapidement utilisée. Lors de l'étape du maintien, les femmes semblent mieux se connaître. Elles peuvent ainsi anticiper la survenue d'un *craving* par l'arrivée de certains événements ou sentiments et ainsi, agir de façon proactive pour l'éviter. Un exemple d'événement susceptible de ramener l'envie de consommer pourrait être le décès d'un conjoint. Les stratégies qu'elles utilisent se résument ici à pratiquer une spiritualité, à demander de l'aide et à utiliser de la médication.

Finalement, quelques-unes des participantes développent des stratégies pour résoudre des problèmes qu'elles perçoivent comme liés à leur consommation. Mais c'est surtout dans les années suivant le début de la résolution qu'elles travaillent à ce niveau. Quelques exemples des stratégies utilisées consistent ici à travailler les blessures du passé; à pratiquer une spiritualité; à se libérer émotionnellement et à demander de l'aide ou encore à aller en traitement.

Toutes ces stratégies demeurent présentes, surtout lors des premières années de la sobriété. Par contre, lorsque le changement est bien établi, les stratégies de gestion des *cravings* y sont beaucoup moins présentes, étant donné la diminution de ceux-ci. Les stratégies d'implantation du changement deviennent, à ce stade, pour leur part, orientées vers la consolidation des acquis. Il en est de même pour les stratégies visant à bâtir un mode de vie. Les stratégies visant la prévention des *cravings* anticipés par un déclencheur deviennent, à ce moment, les stratégies de gestion des stressseurs, puisque les déclencheurs perdent souvent ici leur pouvoir d'amener un *craving* et deviennent, par conséquent, des stressseurs. Finalement, les stratégies visant la résolution d'un problème

lié à la consommation deviennent aussi plus importantes à cette étape. Ceci, un peu comme si le fait d'avoir réussi à stabiliser sa sobriété laisserait de l'énergie pour travailler sur autre chose. Plus le temps passe, plus les participantes acquièrent de la confiance et des habiletés. De même, ayant acquis de nouvelles habitudes et façons de penser en pratiquant leur nouveau mode de vie de sobriété, certaines stratégies sont également ajoutées à leur répertoire pour contrer la survenue de ces phénomènes de *cravings* ou autres stressseurs, ou encore, lorsqu'elles veulent résoudre des problèmes reliés à la consommation.

*Évolution des ressources tout au long du processus de
résolution du problème de consommation de SPA*

Il apparaît également que les femmes utilisent très peu les ressources au début de leur processus de changement, soit parce qu'elles ne les voient pas, soit qu'elles sont peu disponibles ou encore, qu'elles n'osent pas aller vers elles. Puis, elles mettent des efforts à changer leur environnement, par exemple, en se créant un nouveau réseau social, de telle sorte que leur éventail de ressources s'agrandit.

Quatre types de ressources sont ressortis des analyses. Celles qui, selon les participantes, interviennent généralement en premier lieu, sont les personnes significatives puis, habituellement assez tôt, des traitements ou autres programmes thérapeutiques ou communautaires. Troisièmement, d'autres éléments contextuels aident également, surtout lorsqu'elles tentent de se bâtir un mode de vie de sobriété. Ces ressources peuvent être, entre autres, la survenue d'événements positifs depuis l'arrêt ou la diminution de la consommation. Leurs ressources personnelles constituent, quant à

elles, le quatrième type de ressources. Il appert qu'en début de processus, ces ressources leur semblent voilées ou encore, les participantes ne s'attribuent pas leur existence. Plus le temps de sobriété avance, plus les femmes semblent reprendre confiance en elles et ainsi accéder et développer ces ressources personnelles.

Les motifs, stratégies et ressources contribuant au processus de résolution d'un problème de toxicomanie qui ressortent de cette étude se retrouvent également au sein de la société majoritaire, sauf en ce qui a trait aux phénomènes de réappropriation, de réaffirmation, de revitalisation et de revalorisation de la culture autochtone traditionnelle. De plus, même si présents dans les sociétés autochtone et non autochtone, les manifestations des autres motifs, stratégies et ressources sont, pour certaines des participantes pekuakamiulnuatsh, caractérisés par des spécificités culturelles propres. Il peut être mentionné, à titre d'exemple, la prise de conscience par un rêve empreint de symbolismes liés aux méthodes de guérison ancestrales, suivie d'une forte intuition, ou encore, de la quête de réponse en forêt, suivie d'une prise de conscience du moment désigné pour l'arrêt. Ainsi, même si les prises de conscience, fruit d'une révélation soudaine ou progressive de l'ampleur du problème, de ses effets ou de ses solutions, sont aussi présentes dans la société majoritaire (p. ex., Klingemann, 1991; Mercier & Alarie, 2000; Prochaska et al., 1992), leurs manifestations, bien qu'aussi existantes chez ces femmes pekuakamiulnuatsh, en sont parfois différentes.

Les rêves, les intuitions, les quêtes de visions par le jeûne et d'autres cérémonies telles la tente tremblante et la tente suante, font partie de la philosophie spirituelle des Pekuakamiulnuatsh. En effet, c'est souvent à partir de rêves ou de songes, qu'autrefois

les Pekuakamiulnuatsh posaient certaines actions liées à la chasse, à la pêche ou au commerce (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, 2003b). Aujourd'hui, une renaissance de ces valeurs spirituelles et de leurs cérémonies est présente pour beaucoup d'Autochtones. Il n'est donc pas étonnant que quelques-unes des participantes se soient laissées guider ainsi dans leur processus de résolution.

Le processus de résolution des problèmes de consommation de SPA ainsi que les trajectoires des personnes toxicomanes sont de plus en plus documentés dans la société majoritaire (Bertrand, 2004; Biernacki, 1986; Finney, Moos, & Timko, 1999; Klingemann, 1991; 1992; Prochaska & DiClemente, 1983; Sobell et al., 1992; Tucker et al., 1994). Dans cette étude, étant donné qu'il ne semble pas y avoir de différences majeures en soi, ce chapitre s'attarde plutôt aux différences qui caractérisent les spécificités de cette population, davantage susceptibles d'apporter un éclairage nouveau sur le phénomène étudié. En d'autres mots, une multitude de résultats similaires à ceux de la société majoritaire auraient pu être discutés ici, mais ce chapitre sera plutôt centré sur les différences au niveau des spécificités culturelles distinctes des éléments contribuant à la résolution des problèmes de toxicomanie, tout en ne perdant pas de vue qu'ils ne sont présents que chez seulement une partie des participantes.

Ainsi, il est intéressant d'observer que de façon globale le processus de résolution des problèmes de consommation de SPA semble teinté par les orientations culturelles. De ce point de vue, deux types de trajectoires sont présents. D'une part, il y a les participantes qui présentent un processus de résolution similaire à ceux observés dans la société majoritaire. D'autre part, il y a celles qui, en plus des motivations, stratégies et

ressources employés par ces premières participantes, abordent aussi des phénomènes de réappropriation et réaffirmation culturelles comme stratégies, mais également des motivations et ressources, qui ont trait à la culture autochtone ancestrale. Pour tenter d'expliquer cet état de fait, la prochaine section décrit le contexte culturel de leur communauté.

Contexte culturel de la communauté de Mashteuiatsh

Afin de bien situer la diversité des résultats de cette étude, il pourrait être utile de rappeler au lecteur que Mashteuiatsh est une communauté autochtone entourée de villes et villages non autochtones. Originellement nomades, les Ilnuatsh de cette communauté ont vécu des métissages avec des non-Autochtones, mais aussi avec plusieurs autres membres d'autres nations autochtones du Québec¹, ce qui en fait une communauté hétérogène au plan culturel (p. ex., Boucher, 2005; Gill, 1987). En effet, Mashteuiatsh étant un carrefour hydrographique, cette communauté a aussi, au fil du temps, accueilli plusieurs membres des autres nations autochtones du Québec, favorisant ainsi les mariages entre Premières Nations. Ces faits, ainsi que les politiques assimilatrices de la Loi sur les Indiens, ont eu une influence sur le style de vie de cette communauté, qui est aujourd'hui davantage centrée sur la modernité.

Les gens de Mashteuiatsh voient qu'il existe deux grands types culturels dans la communauté. Ceux-ci tentent parfois de discuter de cette réalité en utilisant des termes populaires, tels que : les *Traditionnels* et les *Blancs*; les *Purs* et les *moins Purs*; les

¹ La communauté est aussi composée d'Autochtones atikamewks, algonquins, cris, inuits, abénaquis, micmacs, malécites, hurons ainsi que des Ilnuatsh d'autres Premières Nations.

Indiens et les Métis; ou simplement les deux groupes. Même si ces appellations peuvent sembler péjoratives, discriminantes et blessantes, il n'en demeure pas moins qu'elles reflètent et une difficulté d'intégration culturelle collective. Selon Kurtness (1983), cette tension latente est habituellement présente dans des groupes traditionnels ayant une disparité culturelle entre les groupes et les individus. Au niveau de l'échantillon de l'étude, toutes ces femmes s'identifient comme des Pekuakamiulnuatsh, mais les résultats de cette recherche montrent que leurs orientations culturelles diffèrent entre elles.

Fait intéressant, alors qu'une étude menée par Oudin et Drapeau (1993) montre que l'avenir du nelueun est gravement compromis dans cette communauté, puisqu'entre autres, seulement 5 % des adultes l'utilisent dans leur vie quotidienne, la moitié des femmes ayant participé à la présente étude le parlent couramment. Puisque la langue ancestrale est reconnue comme un élément d'identification très important chez les Autochtones (p. ex., Liebler, 2004; Tsinnijinnie, 2004), ceci peut suggérer que ces femmes s'identifient fortement à la culture autochtone ancestrale et ont un mode de vie faisant davantage référence à ces savoir-faire et savoir-être traditionnels. Dans une société où la langue est en déperdition (Drapeau & Moar, 1996) et où les individus sont de plus en plus instruits dans des programmes académiques occidentaux (Statistique Canada, 1991), ces femmes, qui valorisent les savoirs ancestraux ou qui ont l'impression de ne plus savoir qui elles sont en tant qu'Autochtones, peuvent ainsi se sentir marginalisées à l'intérieur de leur propre communauté. Comme Kurtness l'affirme : « *Pour les individus et les peuples minoritaires, la quête d'identité implique la*

recherche de continuité ou de permanence en dépit des variations et des discontinuités dans le processus d'enculturation (socialisation) et d'acculturation » (p. 39, 1983).

Selon Erickson (1968), un échec dans l'établissement de cette identité résulterait en des sentiments de confusion et d'aliénation durable. En effet, la culture autochtone ancestrale se distingue de celle de la société majoritaire sur divers points.

Le fait que les valeurs et les attitudes des deux cultures soient différentes nécessite pour les intégrer que la personne transforme en profondeur des construits qui s'avèrent en réalité différents, voire concurrents. Ce processus peut impliquer un stress qui est nommé stress acculturatif (Festinger, 1957). Pour sa part, Kurtness (1983) trouvait que les Inuit qui rejetaient la culture de la société majoritaire au profit de l'ethnocentrisme étaient plus susceptibles de vivre du stress et de se sentir marginalisés.

Selon le modèle orthogonal de Sayegh et Lasry (1993), ces participantes ayant une orientation davantage traditionnelle autochtone semblent donc se retrouver dans les quadrants soit de la marginalisation ou de l'ethnocentrisme, lors de leur période de consommation. Par contre, comme il a été mentionné plus tôt, même si elles font preuve d'ethnocentrisme, ces femmes risquent de se sentir marginalisées, étant donné la concurrence apportée par le style de vie moderne dominant dans la communauté. Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant de voir que plus de la moitié des participantes semblent se retrouver au niveau de la marginalisation ou de l'ethnocentrisme au moment de leurs problèmes de consommation, alors que plusieurs études font des liens entre l'effet de la marginalisation culturelle, le stress acculturatif et les problèmes de santé (Byron, 1996; Garrett & Pichette, 2000; Kurtness, 1983; Oetting & Beauvais, 1990-91).

D'un autre côté, même si les pressions extérieures pourraient inciter à un endo-colonialisme, la communauté de Mashteuiatsh prend des moyens concrets pour intégrer son héritage autochtone ancestral à la vie contemporaine vécue au sein de la collectivité, notamment en se dotant d'une politique culturelle qui orientera ses décisions d'avenir. La création du secteur Patrimoine, culture et territoires, de même qu'un secteur de développement des programmes pédagogiques autochtones pour les écoles primaire et secondaire de la communauté en sont d'autres exemples. De plus, des mouvements de revitalisation culturelle dans diverses sphères de la vie communautaire sont maintenant présents. Aussi, au début des années 90, les centres de traitement autochtones (p. ex., Wapan et Miam Uapukun), ainsi qu'un mouvement de revitalisation spirituelle, nommé *pan-indien* dans les écrits, sont devenus disponibles. Pour les femmes, cette volonté collective de valoriser les spécificités culturelles a, sans doute, joué un rôle important puisque certaines d'entre elles ont trouvé le moyen d'intégrer des aspects significatifs de leur mode de vie traditionnel à leur vie familiale, sociale, communautaire, professionnelle et spirituelle, et les considèrent comme faisant partie intégrante de leur processus de résolution de leurs problèmes de consommation de SPA et du maintien de leur sobriété. En plus d'apporter un éclairage sur l'étiologie des problèmes de santé et de toxicomanie, les constats vus dans cette dernière section peuvent aussi expliquer les éléments de réappropriation et de réaffirmation culturelle en tant que facteurs de guérison pour une partie des participantes.

Modèle Transthéorique du Changement

Il pourrait aussi être pertinent de mentionner que les étapes du MTTC (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992) impliquées dans ce processus de changement sont fréquemment identifiables à partir des discours des femmes pekuakamiulnuatsh. Les 10 procédés de changement y sont aussi discernables, mais le discours des participantes permet aussi d'aller un peu plus loin et de comprendre plus spécifiquement à quel phénomène ces procédés s'adressent. À titre d'exemple, le *contrôle de stimulus* ici nommé l'évitement ou la distanciation des stimuli incitatifs peut être une stratégie utilisée de façon ponctuelle et réactive pour contrer un *craving* ou un stresser risquant de mener à un état de manque. Cette stratégie est aussi souvent utilisée sur une plus longue période d'une façon plus proactive, lors de l'implantation du changement, afin de ne pas être tentées de consommer et finalement, elle peut être intégrée au mode de vie de sobriété. Dans le même sens, les résultats de cette étude suggèrent qu'il existerait des sous-étapes aux phases action et maintien du MTTC.

Résolution sans traitement

Seule deux des participantes n'ont pas suivi un traitement pour leur problème de consommation et l'une d'entre elles a bénéficié du soutien d'un groupe d'entraide religieux. Ce résultat s'avère fort différent de ceux observés dans la société majoritaire. En effet, plusieurs études soulignent que la RST d'un trouble lié à l'alcool s'avère la trajectoire prédominante dans les populations de la société majoritaire (Cunningham, 1999a; Cunningham et al., 1995; Dawson, 1996; Fillmore, Hartka, Johnstone, Speigman, & Temple, 1988; Klingemann, 1991, 1992; Saunders & Kershaw, 1979;

Sobell et al., 1996; Sobell et al., 1992; Stall & Biernacki, 1986), le ratio des RST par rapport à celles avec traitement étant de 3 :1 à 13 :1 (Nathan, 1989; Roizen, Cahalan, & Shanks, 1978; Sobell et al., 1992). Cette prédominance s'avère également vraie pour les autres SPA (Biernacki, 1990; Cunningham, 1999b; Klingemann, 1991 :1992; Shaffer & Jones, 1989; Waldorf & Biernacki, 1981).

Plusieurs hypothèses pourraient être émises à l'égard de ce constat. Notamment, la consommation des femmes pekuakamiulnuatsh pourrait être très sévère. En ce sens, plusieurs études montrent que lorsque les gens ont recours à un traitement, ils présentent un problème plus sévère d'alcool (Cunningham et al., 1995; Finney et al., 1999; Timko, Finney, Moos, Moos, & Steinbaum, 1993). Par contre, les scores obtenus aux questionnaires de dépistage du MAST et du DAST de ces deux participantes confirment que la sévérité de leur consommation n'est pas différente de celle du reste de l'échantillon. Une autre hypothèse peut résider dans le fait que peu de femmes pekuakamiulnuatsh présentant une RST n'aient participé à l'étude pour diverses raisons. Cette hypothèse s'avère aussi plausible étant donné une enquête qui relève la présence de RST chez des Pekuakamiulnuatsh (Philippe-Labbé, 2001). D'un autre côté, le faible taux de RST peut aussi trouver ses explications dans des valeurs autochtones qui préconisent la vie communautaire et la guérison collective, ce qui correspond davantage au traitement de groupe que la RST.

Plusieurs études sur la RST relèvent un processus conscient d'évaluation des avantages et désavantages de la consommation et de la non-consommation (Biernacki, 1986; Cunningham et al., 1995; Klingemann, 1991; Sobell et al., 1993). Ce phénomène

amènerait l'individu à la prise de décision de changer lorsque les désavantages de consommer seraient supérieurs à ceux de ne pas consommer ou les avantages à ne pas consommer seraient supérieurs à ceux de consommer. Ce processus a été plus difficilement identifiable dans la présente étude. Ce qui semble le motif le plus important, pour induire le changement, selon les discours des femmes pekuakamiulnuatsh, serait davantage l'intensification du malaise intérieur, bien souvent jusqu'à ce que celui-ci leur semble insupportable. Ce phénomène correspondrait davantage au *bas-fond*.

Le processus de résolution des personnes toxicomanes peut être influencé par divers facteurs, notamment par les orientations théoriques des traitements ou groupes d'entraide disponibles pour cette population. Le modèle des Douze étapes des AA est l'un des plus disponibles pour les populations autochtones (p. ex., Bousquet, 2005), tout comme pour celles de la société majoritaire (p. ex., Nadeau, 1991). En effet, la plupart des traitements suivis par les Autochtones utilisent, encore aujourd'hui, le modèle Minnesota et un *meeting* AA a lieu tous les lundis soirs, à Mashteuiatsh. La prochaine section aborde plus spécifiquement la présence de ce modèle chez cette population.

Influence du modèle des Douze étapes des Alcooliques anonymes

L'influence du modèle AA est évidente chez les femmes pekuakamiulnuatsh ayant participé à l'étude. La majorité des participantes conçoivent AA comme un facteur de guérison important dans leur cheminement. Il ne peut donc pas être affirmé que ce modèle est inadéquat pour l'ensemble de ces femmes pekuakamiulnuatsh puisqu'elles y réfèrent souvent. Entre autres, le *bas-fond* est l'un des motifs les plus fréquemment

nommés, tout comme dans plusieurs autres études effectuées dans la société majoritaire (p. ex., Klingemann, 1991). Il peut être rappelé ici que la première étape de AA consiste à admettre son impuissance vis-à-vis de l'alcool, ce qui peut suggérer qu'un alcoolique doit ressentir ce sentiment d'impuissance pour adhérer à ce modèle de rétablissement. Il s'agit d'une croyance qui est d'ailleurs bien ancrée au sein de la société majoritaire.

Toutefois, cette constatation va aussi dans le sens de la théorie de Dabrowski (1972) voulant que des symptômes de crise, tensions et conflits précèdent une transformation psychique positive. Pour sa part, Erickson (1968), un auteur important dans le domaine de l'identité, perçoit aussi positivement un état de déséquilibre, puisqu'il le conçoit comme partie intégrante d'une saine croissance.

Plusieurs femmes ont aussi trouvé une « famille » dans le groupe AA. Dans les communautés autochtones, il n'est pas évident d'arrêter sa consommation. En ce sens, Bousquet (2005) met en lumière que lorsque les Algonquins deviennent sobres, ils courent le risque d'être rejetés de leur famille et d'être traités d'hypocrites. Chez les femmes pekuakamiulnuatsh, elles ont mentionné avoir souvent dû se séparer, pendant un temps, de leur réseau social de consommation, qui comprend souvent aussi leur famille. Elles se sont créées un réseau de personnes sobres, notamment à travers AA et les mouvements autochtones de revitalisation spirituelle et culturelle. Le fait qu'elles retrouvent, dans AA, un soutien inconditionnel, à toute heure du jour et de la nuit, est aussi un facteur qui n'est pas négligeable.

Un autre élément important concerne les témoignages dans les *meetings* AA. D'une part, écouter les témoignages où elles se retrouvent et se reconnaissent à travers le

vécu d'autres alcooliques leur fournit souvent la motivation nécessaire à changer et un modèle de réussite. Comme l'affirme Wallace (1982), les histoires des autres renforcent l'idée qu'elles trouveront également explication à ce qui leur arrive. D'un autre côté, lorsqu'elles sont sobres, écouter les témoignages des autres valorise le cheminement parcouru et leur rappelle d'où elles viennent. Avoir une marraine AA s'est avérée un facteur important pour plusieurs d'entre elles et devenir marraine pour aider d'autres alcooliques l'est tout autant. À cet effet, l'étude de Klingemann (1991; 1992) sur la RST, fait aussi ressortir l'importance de devenir un aidant à la suite des problèmes de consommation.

Cependant, AA ne serait pas le modèle idéal pour toutes les participantes. Certaines d'entre elles, qui présentent davantage d'attraits pour la culture traditionnelle, trouvent cette forme d'aide insuffisante ou pas tout à fait adéquate. Selon elles, l'approche AA ne considère pas le vrai problème sous-jacent à l'alcoolisme ou n'aborde qu'une partie du problème de consommation. À cet effet, plusieurs auteurs expriment que AA est efficace pour les Autochtones si ce modèle est combiné à un programme visant la réappropriation culturelle ou s'il est adapté à la culture autochtone (Jilek-Aall, 1981; Walle, 2004). Cela rejoint les stratégies employées par certaines participantes puisque, même si AA ne semble pas adapté culturellement, quelques-unes ont adhéré, en plus, à un mouvement local (à l'intérieur même de la communauté) et régional (entre plusieurs communautés autochtones) de revitalisation spirituelle et culturelle.

Forces et faiblesses de la recherche

La présente recherche permet d'explorer plusieurs questionnements d'actualité puisqu'elle s'intéresse aux façons et aux éléments qui contribuent à la résilience chez des femmes autochtones, qui ont surmonté leur problème de consommation d'alcool et de drogues. Le peu d'études en milieu autochtone sur le processus de résolution des problèmes de consommation (p. ex., Scott, 1996) justifie la méthode qualitative exploratoire utilisée. Une des forces de la méthodologie employée consiste en la crédibilité des données (validité interne) spécifiquement pour ces femmes et permet d'entrevoir un modèle hypothétique de leur résolution. À ce titre, les résultats permettent de bien comprendre les éléments conçus comme contributifs à leur résolution selon les témoignages de ces femmes pekuakamiulnuatsh ayant participé à l'étude. Par contre, cette méthode comprend aussi des limites, telles que l'aspect rétrospectif des discours pouvant affecter la validité, puisqu'il peut y avoir eu une réinterprétation des données dans le temps.

Toutes les participantes ont rapporté des effets bénéfiques quant à leur participation à cette recherche. Quelques-unes ont mentionné avoir eu l'impression de faire une *petite thérapie*, de faire *un bilan sur leur vie* ou *une mise au point* et d'autres ont aussi mentionné que leur participation consistait en une stratégie de maintien significative.

Il importe, cependant, de mentionner que cette étude qualitative ne permet pas la généralisation systématique des résultats à d'autres femmes autochtones. Par contre, les résultats peuvent être transférables, dans les grandes lignes, auprès de femmes

autochtones présentant des caractéristiques sociodémographiques similaires aux participantes de cette étude.

Conséquences et retombées possibles de cette recherche

Cette recherche vise à comprendre le processus de résolution d'une consommation problématique d'alcool ou de drogues chez les femmes pekuakamiulnuatsh. Conséquemment, elle décrit les motifs, les stratégies, ainsi que les ressources, qui les ont aidées à résoudre leur problème de consommation et à maintenir leur sobriété, selon leurs propres perceptions subjectives. La typologie des facteurs contribuant à chaque étape du processus laisse entrevoir plusieurs retombées possibles, tant au niveau théorique que pratique. Ainsi, ces résultats pourraient constituer les premières bases d'un modèle théorique de l'évolution du processus de résolution chez les femmes autochtones.

Cette étude met aussi en lumière le fait que le processus de résolution de ces femmes est à la fois complexe et influencé par diverses sources, dont leurs attrait pour la culture autochtone traditionnelle ou occidentale et moderne, de même que la disponibilité des traitements qui soient appropriés. Le contexte d'hétérogénéité culturelle et sociale locale évoque l'opportunité d'offrir une diversité de ressources de traitements, tant professionnels que communautaires, dont certains intégreraient et valoriseraient la culture autochtone ancestrale.

Plusieurs auteurs (p. ex., Beauchamp, 1997; Brave-Hearth & DeBruyn, 1998; Coyhis & Simonelli, 2005; Edwards, 2003; LaFromboise et al., 1990; May, 1986; McCormick, 2000; Milbrodt, 2002; Spicer, 2001; Walle, 2004) suggèrent que les

traitements les plus efficaces pour les Autochtones sont ceux qui intègrent la culture, mais la présente étude illustre également que ce ne sont pas toutes les participantes de cette même étude qui ressentent un tel besoin. Les résultats montrent aussi l'importance de situer le processus de résolution individuel de ces femmes à travers leur milieu de vie. En d'autres mots, les orientations culturelles de ces femmes peuvent être influencées par celles de la collectivité dans laquelle elles vivent, c'est-à-dire dans un milieu soit culturellement homogène ou hétérogène.

Outre l'importance des composantes culturelles, il ressort aussi des résultats que les femmes ont une vision holistique de leur processus de résolution. En d'autres mots, elles perçoivent leur problème de consommation comme un symptôme qui serait interrelié à d'autres problématiques. Ainsi, elles ont dû également effectuer une résolution de ces dernières problématiques, afin de ne pas retourner à la consommation. Ceci suggère fortement que les traitements doivent être holistiques et s'adresser aux diverses causes de la toxicomanie, telles que les abus vécus pendant l'enfance, la violence conjugale, les traumatismes historiques et intergénérationnels.

Les racines des problèmes de consommation pourraient parfois résider dans une profonde blessure identitaire, à la fois, individuelle et collective. Des pistes de solutions aux problèmes de consommation (et à d'autres problèmes de santé) ne peuvent donc être qu'à plusieurs niveaux. Ainsi, il serait important pour cette communauté de continuer sa prise en charge vers son autonomie et de favoriser la fierté d'être Autochtone. Il s'agira alors d'un important facteur de protection. D'ailleurs, cet aspect est largement appuyé

dans de récentes études anthropologiques, effectuées auprès de communautés autochtones du Québec (Boucher, 2005; Bousquet, 2005; Roy, 2002, 2005).

La société majoritaire a longtemps fait croire faussement aux Autochtones que leur culture est inférieure à la leur (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996c). Cette croyance est encore présente aujourd'hui pour beaucoup de gens et, même, chez certains Autochtones (Philippe-Labbé, 2005). Il va de soi qu'il importe de rectifier cette erreur et de valoriser la culture autochtone à sa juste valeur paritaire. Des initiatives constructives en ce sens peuvent comprendre de la formation interculturelle pour les dispensateurs de services auprès de la population, mais aussi le développement d'une pédagogie communautaire visant la sensibilisation et le respect des diversités culturelles. Ces deux interventions pourraient contribuer à la prévention contre la discrimination et contre l'endo-colonialisme qui pourrait être relié à la toxicomanie.

Il serait intéressant de reproduire cette recherche auprès d'Autochtones provenant de divers milieux, ainsi qu'auprès de Premières Nations, telles que chez des femmes autochtones vivant en milieu urbain et dans des communautés plus isolées, c'est-à-dire moins influencées par la culture occidentale. Les hommes autochtones bénéficiant généralement de prévalences plus élevées de taux de toxicomanie et de détresse psychologique (p. ex., Couture, 1995), il serait pertinent de recenser des histoires à succès, ainsi que les éléments que ceux-ci perçoivent comme les ayant aidés tout au long de leur processus de résolution. Une étude longitudinale de la trajectoire de toxicomanie des Autochtones pourrait aussi apporter un éclairage complémentaire sur les facteurs d'initiation, de progression et de régression de la toxicomanie chez ces peuples.

Des questionnaires pourraient être élaborés à partir des motifs, stratégies et ressources identifiés par les participantes. De même, une étude quantitative, à plus grande échelle, pourrait vérifier la présence ou l'absence des facteurs de rémission chez d'autres Autochtones provenant de différents milieux. Enfin, il serait important que l'efficacité des programmes de traitement, tant externes qu'internes, soit évaluée.

Conclusion

Cette étude exploratoire est l'une des premières s'adressant spécifiquement à la résolution des problèmes de toxicomanie chez des femmes pekuakamiulnuatsh. En ce sens, elle a permis de répondre à son objectif en dressant un portrait global des facteurs qui contribuent à la résolution des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, ainsi qu'au maintien de la sobriété, selon les représentations subjectives de femmes pekuakamiulnuatsh ayant vécu ce problème.

Pour décrire et comprendre le processus de résolution, un détour vers les facteurs impliqués dans l'étiologie de cette problématique a été nécessaire puisque, d'un point de vue autochtone, les problèmes de santé sont des symptômes issus du contexte d'assimilation forcée, notamment au moyen de l'oppressante Loi sur les Indiens. Ainsi, il devient essentiel de contextualiser les problèmes de toxicomanie à travers l'histoire et la situation socio-politico-économique et culturelle vécues par les Premières Nations.

Puisqu'il s'agit d'une des premières études dans ce domaine et pour permettre l'émergence des spécificités culturelles de cette population, déjà stigmatisée, une approche qualitative de type exploratoire a été utilisée. En valorisant les points de vue de ces femmes, cette approche a permis de comprendre, de façon inductive, le sens, la subjectivité et le développement des significations que prennent les différents éléments qui ont contribué à leur processus de résolution. Même si la méthode utilisée ne permet pas la généralisation des résultats, ceux-ci s'avèrent transférables, dans les grandes lignes, à d'autres femmes autochtones vivant dans des conditions similaires.

L'un des premiers constats qui émerge de l'analyse du discours consiste en le fait que les éléments qui contribuent à la résolution diffèrent, d'un point de vue culturel, entre les participantes. Ces différences peuvent s'expliquer, d'une part, par l'hétérogénéité culturelle de cette communauté et, d'autre part, par les modèles de traitement présents et ceux qui ont été préconisés depuis le début du processus de résolution de ces femmes. Le modèle des Douze étapes des Alcooliques anonymes serait notamment le plus influant. Ce modèle dont les racines sont médicales et spirituelles, vise, entre autres, à élaborer un mode de vie sain. L'enseignement de plusieurs stratégies d'adaptation y est également présent. Bref, même si le modèle Alcooliques anonymes n'est pas d'origine autochtone et qu'il peut paraître en confrontation avec les valeurs, les attitudes et les modes de vie des Pekuakamiulnuatsh, la plupart de ces femmes ont su en tirer le meilleur parti. Par contre, pour plusieurs, il n'est pas suffisant. Ce n'est que récemment, c'est-à-dire depuis le début des années '90, que des alternatives plus autochtones devenaient disponibles. Il s'agit de centres de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanie du réseau PNLAADA (Wapan à LaTuque et Miam Uapukun à Maliotenam), du centre Kutikuniu à Moisie depuis 2002, ainsi que d'un mouvement communautaire de revitalisation culturelle et spirituelle, aussi particulièrement présent depuis le début des années '90. Il est à noter que ce dernier mouvement, symbole d'une recherche de continuité identitaire, s'est installé dans plusieurs communautés autochtones à travers l'Amérique du Nord (p. ex., Guyon, 2005).

Ainsi, plusieurs des femmes pekuakamiulnuatsh de l'échantillon ont un processus de résolution de leur problème de consommation qui s'avère semblable à celui des

femmes de la société majoritaire. D'autres femmes de la même communauté présentent, quant à elles, des motifs, des stratégies et des ressources similaires aux premières, mais elles manifestent en plus un processus de réappropriation et de revitalisation culturelle autochtone. La présence de ce mouvement de revitalisation culturelle au sein du processus de résolution des problèmes d'alcool et de drogues permet l'avancement de la compréhension de ce phénomène chez des femmes autochtones vivant dans un milieu culturellement hétérogène.

La riche typologie des facteurs de résolution des problèmes d'alcool et des drogues des femmes Pekuakamiulnuatsh met donc en lumière que ce processus est à la fois complexe et influencé par diverses sources, telles les attrait culturels pour la culture autochtone ou occidentale, le contexte culturel dans lequel les femmes vivent ainsi que la disponibilité de certains modèles de traitement. Ces résultats révèlent également que plusieurs éléments contribuant au processus de résolution chez les femmes autochtones sont également présents chez les femmes non autochtones. Outre une meilleure compréhension théorique du phénomène de la résolution des problèmes d'alcool et de drogues des femmes Pekuakamiulnuatsh, cette étude permet l'émergence de pistes d'intervention. Notamment, elle souligne l'importance de favoriser la fierté culturelle dans les traitements de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanie. Certaines participantes ont discuté du fait qu'elles n'étaient pas à l'aise dans des traitements non autochtones, entre autres, parce qu'elles se sentaient différentes; parce qu'en tant que montagnophones, elles avaient de la difficulté à comprendre les subtilités de la langue française; et parce qu'elles avaient de la difficulté à raconter leur vie en groupe.

Une autre recommandation serait d'utiliser une approche holistique qui va au-delà du symptôme et qui s'adresse aux causes perçues de la toxicomanie. Ces dernières causes résident souvent dans les sentiments de marginalisation et d'aliénation identitaires, mais aussi dans les abus sexuels et physiques vécus à l'enfance, la violence conjugale et les divers traumatismes individuels et collectifs qui se transmettent souvent de façon intergénérationnelle.

Au niveau local, certaines interventions communautaires auraient avantage à être mises de l'avant concernant la compréhension et le respect des différences, spécifiquement culturelles, entre les membres de cette communauté. À cet effet, des conditions facilitantes pour les travailleurs pourraient être mises en place afin de favoriser leur implication et l'efficacité de ces interventions. Ces tentatives de sensibilisation et de rapprochement devraient s'échelonner dans le temps pour permettre l'intégration et le développement de nouvelles attitudes et comportements individuels et collectifs, le tout afin de diminuer les tensions latentes dans le milieu.

Dans la présente recherche, plusieurs femmes ont confié que le fait d'occuper un emploi qui valorise les savoirs ancestraux a contribué à donner un sens à leur vie. Ainsi, au même titre que Boucher (2005) affirme que les politiciens de Mashteuiatsh ont un rôle important à jouer dans la transmission des savoirs, la présente étude fait ressortir que la valorisation de ces savoirs ancestraux aurait une influence positive sur le processus de résolution des problèmes d'alcool et de drogues des femmes pekuamiulnuatsh. À ce titre, il est recommandé que les leaders de cette communauté continuent leur travail d'intégration et de valorisation des savoirs ancestraux à la vie

contemporaine. En d'autres mots, les repères culturels, tant de la culture autochtone qu'occidentale, devraient être présents et considérés comme égaux. Cette recommandation demande beaucoup d'humilité et d'ouverture d'esprit de la part des dirigeants et des personnes occupant des postes clefs décisionnels, ainsi que celles travaillant directement auprès de la population, puisqu'elle peut également remettre en question leurs valeurs fondamentales personnelles pour le mieux-être collectif de cette communauté. Voilà un défi commun qui interpelle tous les Pekuakamiulnuatsh.

Références

- Adrian, M., Layne, N., & Williams, R.T. (1990-91). Estimating the effects of Native Indian Population on County alcohol consumption : The example of Ontario. *International Journal of Addictions*, 25, 5A-6A, 731-765.
- Alcooliques anonymes. (1986). *Les douze étapes et les douze traditions (Quatrième édition)*. Montréal : Le Service des publications françaises des AA du Québec. (Ouvrage original publié en 1952).
- Alcooliques anonymes. (1989). *Les Alcooliques anonymes, Troisième édition révisée du Gros Livre, le livre de base des AA*. Montréal : Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (Ouvrage original publié en 1939).
- Alibrandi, L. A. (1985). The folk psychotherapy of Alcoholics Anonymous. Dans S. Zimberg, J. Wallace, et S. B. Blume (Éds.) *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (2nd ed.) (pp. 239-256). New York : Plenum Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition)* Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic Statistical Manuel, Fourth Edition-DSM-IVTM*. Washington DC : Auteur.
- Anadón, M. (2005). *La recherche dite "qualitative" : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents*. Communication présentée au colloque de l'Association Francophone pour le Savoir (ACFAS) dans le cadre du colloque pour l'Association de la Recherche Qualitative, Chicoutimi, Québec.
- Annis, H. M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 117-124.
- Annis, H. M., & Davis, C. (1988). Self-efficacy and prevention of alcoholic relapse : Initial findings from a treatment trial. Dans T. Baker et T. Cannon (Éds), *Assessment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger.
- Annis, H. M., Herie, M. H. A., & Watkin-Merek, L. (1996). *Prévention structurée de la rechute: Modèle d'orientation consultation externe*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Anonymous (1957). *Alcoholics Anonymous Comes of Age*. New York : Alcoholics Anonymous World Service.

- Arkes, H. R., & Garske, J. P. (1977). *Psychological theories of motivation*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Babadzan, A. (1999). L'invention des traditions et le nationalisme. *Journal de la Société Océaniste*, 109(2), 13-35.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Pierre Margada, 1980.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2002). *Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De boeck.
- Beauchamp, S. (1997). Healing alcoholism in indigenous people. *Social Work Perspective*, 8(1), 35-40.
- Beauvais, F. (1998). American Indians and alcohol. *Alcohol Health and Research World*, 22, 253-259.
- Ben, L. W. (1991). Wellness circles : The Alkali Lake model in community recovery processus. *Dissertation Abstracts International*, 52(10-A), 3536.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation and varieties of adaptation. Dans A. Padilla (Éd.), *Acculturation : Theory, models and some new findings*. Colorado : Westview Press, Inc.
- Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation : Understanding individual moving between cultures. Dans R. W. Brislin (dir.), *Applied cross-cultural psychology* (p. 232-253). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-68.
- Berry, J. W., Trimble, J. E., & Olmedo, E. L. (1986). Assessment of acculturation. Dans J. W. Berry et W. J. Lonner (dir.), *Field methods in cross-cultural psychology* (232-253). Beverly Hills, CA : Sage Publication.
- Bertrand, K. (2004). *Toxicomanie et inadapation sociale chez des femmes en traitement: trajectoire des services reçus*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction resolution without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Biernacki, P. (1990). Recovery from opiat addiction without treatment : summary. Dans E. Y. Lambert (Éd.), *The collection and interpretation of data from hidden populations*. Rockville : National Institute on Drug Abuse.
- Blouin, M., Attieh, G., Bergeron, C., Bessette, M., & Simms, L. (1995). *Dictionnaire de la réadaptation, Tome 1 : Termes techniques d'évaluation. Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale*. Québec : Centre François Charon, Les Publications du Québec.
- Blumberg, L. (1977). The ideology of therapeutic social movement : Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 2122-2143.
- Boop, J., Boop, M., Brown, L., & Lane, P. (1984). *L'arbre sacré, Projet de Développement des quatre mondes*. Lethbridge (Alberta) : Université de Lethbridge.
- Bossum, D. (2002). *Communication personnelle*, Mashteuiatsh, Québec, 4 juillet 2002.
- Boucher, N. (2005). *La transmission intergénérationnelle des savoirs dans la communauté innue de Mashteuiatsh, Les savoir-faire et les savoir-être au cœur des relations entre Pekuakamiulnuatsh*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Bousquet, M. P. (2005). La production d'un réseau de sur-parenté : histoire de l'alcool et désintoxication chez les Algonquins. *Drogues, Santé et Société*, 4(1), 64-85.
- Boutin, G. (2000). *L'entretien de recherche qualitative*. Sainte-Foy (Qc) : Presses de l'Université du Québec.
- Brave-Hearth, M. Y. H., & DeBruyn, L. M. (1998). The american indian holocaust : Healing historical unresolved grief. *American Indian & Mental Health Research*, 8(2), 56-87.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Bureau des services généraux des Alcooliques anonymes (n.d.). Les AA – Dossier d'information. New York: auteur. (10163) (212-870-3400).
- Burman, S. (1997). The challenge of sobriety : Natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41-61.

- Byron, D. M. (1996). *The relationship of cultural identification to depression and alcohol use among urban american indians*. Thèse de doctorat inédite, California School of Professional Psychology.
- Caldwell, T. M., Rodger, B., Jorm, A. F., Christensen, H., Jacomb, P. A., Korten, A. E., & Lynskey, M. T. (2002). Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*, 97(5), 583-94.
- Centre Walgwan. (2000, octobre). *Mission du centre résidentiel*. Communication présentée à la Conférence nationale région du Québec contre les dépendances, Montréal, Québec.
- Centre Wapan. (2000, octobre). *Transfert des dépendances*. Communication présentée à la conférence nationale région du Québec contre les dépendances, Montréal, Québec.
- Chappel, J. N. (1993). Le rétablissement à long terme de l'alcoolisme. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 1-12.
- Chermark, S. T., & Giancola, P. R. (1997). The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization. *Clinical Psychological Review*, 17(6), 621-649.
- Cocco, K. M., & Carey, K. B. (1998). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, 10, 408-414.
- Comité permanent de lutte contre la toxicomanie. (2002). *Drogues : savoir plus risquer moins*. Montréal : Les Éditions internationales Alain Stanké.
- Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2003). *Enquête Régionale Longitudinale sur la Santé des Premières Nations et Inuits pour la région du Québec*. Québec : CSSSPNQL.
- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1993). *Annexe B, Ethical Guidelines for research*. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services du Canada.
- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996a). *Vers un ressourcement, (VOLUME 3)*. Dans : Rapport de la Commission Royale d'enquête sur les peuples autochtones : Santé et guérison. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services du Canada.

- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996b). *À l'aube d'un rapprochement. Points saillants du Rapport de la Commission Royale sur les peuples autochtones*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. (1996c). *Un passé, un avenir, (VOLUME 1)*. Commission royale sur les peuples autochtones. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services du Canada.
- Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean. (2003a). *Ilmu-Aimun lexique français-montagnais*. Mashteuiatsh : Développement pédagogique, Service de l'Éducation, Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, Service de l'Éducation, Développement pédagogique.
- Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean. (2003b). *Pekuakamiulnuatsh, histoire et culture*. Mashteuiatsh : Conseil des Montagnais du Lac St-Jean, Services de l'éducation, Développement pédagogique.
- Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean. (2005a). *Bref historique du corps policiers dans la communauté de Mashteuiatsh*. (http://www.mashteuiatsh.ca/pol_sec_pub.php).
- Conseil des Montagnais du Lac-St-Jean. (2005b). *Rapport annuel 2004-2005*. Mashteuiatsh : Conseil des Montagnais du Lac St-Jean.
- Conseil des Motagnais du Lac-Saint-Jean. (2005c). *Politique culturelle des Pekuakamiulnuatsh*. Mashteuiatsh: Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean, Commission consultative sur la culture.
- Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency : miracle, method or myth ? Part 1. The philosophy and the program. *British Journal of the Addiction*, 83, 625-634.
- Couture, R. (1993). *Le diagnostic d'une population : l'enquête de santé du Lac-St-Jean-Chibougameau*. Roberval: Département de Santé communautaire.
- Couture, R. (1995). *Analyses statistiques de l'Enquête de santé de Mashteuiatsh*. Document inédit.
- Coyhis, D, & Simonelli, R. (2005). Rebuilding native american community. *Child Welfare Special Issue: Community Building and 21st-century Child Welfare*, 84(2), 324-336.

- Cunningham, J. A. (1999a). Resolving alcohol-related problems with and without treatment : The effects of different problem criteria. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 463-466.
- Cunningham, J. A. (1999b). Untreated remissions from drug use : The predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Gavin, D. R., Sobell, M. B., & Breslin, F. C. (1997). Assessing motivation for change: preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(2), 107-114.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 691-696.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Kapur, G. (1995). Resolution from alcohol problems with and without treatment : Reasons for change. *Journal of Substance Abuse*, 7, 365-372.
- Dabrowski, K. (1972). *La croissance mentale par la désintégration positive*. Ste-Foy : Les Éditions Saint-Yves inc.
- Daisy, F., Thomas, L. R., & Worley, C. (1998). Alcohol use and harm reduction within the Native community. Dans G. A. Marlatt (Éd.), *Harm reduction : Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. (pp. 327-350). New York : The Guilford Press.
- Darou, W. G., Kurtness, J., & Hum, A. (2000). The impact of conducting research with a First Nation. *Canadian Journal of Counseling*, 34(1), 43-54.
- Dawson, D. A. (1996). Correlates of past year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence. United States, 1992. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 20(4), 771-779.
- Degrandmaison, S. (2005). *Communication personnelle*. Mashteuatsh, Québec, 29 juin 2005.
- Demorgon, J. (2004). *Complexité des cultures et de l'interculturel : contre les pensées uniques* (3^e éd.). Paris : Ed. Economica 2004.
- Drapeau, L., & Moar, L. R. (1996). La situation de la langue montagnaise à Mashteuatsh. *Recherches amérindiennes au Québec*, XXVI(1), 33-42.

- Duchesne, A. (2000). *Communication personnelle*. Mashteuiatsh, Québec, le 29 septembre 2000.
- Duran, B., Sanders, M., Skipper, B., Waitzkin, H., Malcoe, L. H., Paine, S., & Yager, J. (2004). Prevalence and correlates of mental disorders among native American women in primary care. *American Journal of Public Health, 94*(1), 71-77.
- Edwards, Y. (2003). Cultural connexion and transformation: Substance abuse treatment at friendship house. *Journal of Psychoactive Drugs, 35*(1), 53-58.
- Ellis, B. (2003). Mobilizing community to reduce substance abuse in indian country. *Journal of Psychoactive Drugs, 35*(1), 89-96.
- Emrich, C. D. (1989). Alcoholics Anonymous : Membership characteristics and effectiveness of treatment. Dans M. Galanter (Éd.) *Recent developments in alcoholism : Vol. VII. Treatment issues* (pp. 37-53). New York : Plenum Press.
- Erickson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Ferland, C. (2003). Entre diplomatie et subversion, le rôle des boissons alcoolisées dans les rapports franco-amérindiens. Dans A. Beaulieu (Éd.), *Guerre et paix en Nouvelle-France* (pp. 15-51). Ste-Foy : Les Éditions GID.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. New York : Peter and company.
- Fillmore, K. M., Hartka, E., Johnstone, B. M., Speiglmann, R., & Temple, M. T. (1988). *Spontaneous remission of alcohol problems : A critical review*. Washington, DC : Institute of Medicine.
- Finney, J. W., Moos, R. H., & Timko, C. (1999). The course of treated and untreated substance use disorders : Remission and resolution, relapse and mortality. Dans B. S. McCrady, & E. E. Epstein (Éds.), *Addictions, A Comprehensive Guidebook* (pp. 30-49). New York (NY) Oxford University Press.
- FitzGerald, K. W. (1988). *Alcoholism : The genetic inheritance*. New York : Doubleday.
- Flores, P. J. (1986). Alcoholism treatment and the relationship of Native American cultural values to recovery. *The International Journal of the Addictions, 20*(11 & 12), 1707-1726.
- Fradette, P., & Zacharie, E. (1995). Vers une nouvelle vision de la toxicomanie chez les Montagnais de la Côte-Nord. *L'intervenant, 11*(2), 11-12.

- French, L. A. (2004). Alcohol and other drug addictions among Native Americans: The movement toward tribal-centric treatment programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 22(1), 81-91.
- Garrett, M. T. (1996). "Two people": An American Indian narrative of bicultural identity. *Journal of American Indian Education*, 36(1), 1-21.
- Garrett, M. T., & Pichette, E. F. (2000). Red as an apple : Native American acculturation and counseling with or without reservation. *Journal of Counseling and Development*, 78, 3-13.
- Germain, G. H. (2003). *Les coureurs des bois: La saga des Indiens blancs*. Outremont, Qc : Éditions Libre Expression.
- Gill, A. (2005). *Projet de Loi sur la reconnaissance de l'autonomie gouvernementale des Premières Nations*, Deuxième lecture – suite du débat, première session 38^e législature, Vol. 142, No32, mardi 8 février 2005. Sénat.
- Gill, P. (1987). *Les Montagnais, les premiers habitants du Saguenay-Lac St-Jean*. (2^e édition), Pointe-Bleue : Mishinikan.
- Goodwin, D. W., & Gabrielli, W. F. (1997). Alcohol: Clinical aspects. Dans J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman et J. G. Langrod (Éds), *Substance Abuse. A comprehensive textbook* (3^e édition) (pp. 142-148). Baltimore : Williams & Wilkins.
- Gordon, M. (1964). *Assimilation in American life*. London: Oxford University Press.
- Grella, C. E., & Joshi, V. (1999). Gender difference in drug treatment careers among clients in the national drug abuse treatment outcome study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 385-406.
- Groupe d'analyse et de réflexion sur l'enquête de santé de Mashteuiatsh. (G.A.R.) (1995). *Rapport préliminaire sur l'analyse des résultats de l'enquête de santé de Mashteuiatsh*. Document inédit, G.A.R.
- Guyon, A. C. (2005). *Processus de guérison et revitalisation culturelle*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Guyon, L., & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres ? Portrait d'une population en traitement. *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, 1(2), 61-81.

- Herman-Stahl, M., Spencer, D., & Duncan, J. (2002). The implications of the cultural orientation for substance use among American Indians. *American Native & Alaska Native Mental Health Research*, 11(1), 46-66.
- Hervé, F. (2002). *Les Drogues et Dépendances en 200 questions, pour en améliorer : l'évaluation, la prise en charge et le traitement*. Paris : Éditions de Vecchi S.A.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources : A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993). Resources conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148.
- Holmes, J. (1987). *La nouvelle Loi sur les Indiens, égalité ou disparité ? Répercussions pour les Indiennes du projet de loi C-31*. Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme.
- Horn, T., Paccaud, F., Niquille, M., Koehn, V., Magnenat, P., & Yersin, B. (1992). Drinking patterns among medical in-patients with reference to MAST categories : A comparative study. *Alcohol & Alcoholism*, 27(4), 439-447.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.
- Indian Health Service. (1991). *Regional differences in Indian health*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Institute of Medicine. (1990). *Treating Drug Problems*. Washington, DC : National Academy Press.
- Institut de la recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (1998 avec les modifications de 2000, 2002 et 2005). *Énoncé de politiques des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. [version électronique] Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.
- Jamieson, K. (1978). *La femme indienne devant la loi : une citoyenne mineure*. Ottawa : Conseil consultatif canadien de la situation de la femme.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, 7, 1-88.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease of alcoholism*. New Haven, CT : Hillhouse Press.

- Jilek-Aall, L. (1981). Acculturation, alcoholism and Indian-Style Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 9, 143-158.
- Kenny, C. (2004). *Méthodes de recherche*. Dans C. Kenny (Éd.) *Cadre de recherche pour la recherche en matière de politiques autochtones*. [version électronique] Ottawa : Condition féminine Canada.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of aboriginal peoples : Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 607-616.
- Klingemann, H. K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.
- Klingemann, H. K. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions*, 27(12), 1359-1388.
- Krampen, G. (1989). Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 14, 197-200.
- Kurtness, J. (1987). Les Autochtones et la société québécoise. Dans F. Harvey, J. Kurtness, B. Ramirez, N. Henchey, D. Latouche, S. Constantinides, & A. Laperrière (Éds), *Le Québec français et l'école à clientèle pluriethnique : contributions à une réflexion*. Québec : Conseil de la langue française.
- Kurtness, J. (1983). *Les facteurs psychologiques des parcours de l'acculturation chez les montagnais du Québec*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Lacasse, F. (1982). La conception de la santé chez les Indiens montagnais. *Recherches Amérindiennes au Québec*, 12(1), 25-28.
- LaFromboise, T. D. (1988). American Indian mental health policy. *American Psychologist*, 43(5), 388-397.
- LaFromboise, T., Trimble, J., & Mohatt, G. (1990). Counseling intervention and American Indian tradition : An integrative approach. *Counseling Psychologist*, 18(4), 628-654.
- Landry, M. J. (1996). *Overview of addiction treatment effectiveness*. DHHS Pub. No. (SMA) 96-3081. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

- Landry, M. (en coll. avec Bergeron, J., Brochu, S., Nadeau, L., & Schneeberger) (2001, janvier). *Quelques recherches évaluatives du RISQ dans les centres de réadaptation en toxicomanie : tentative de synthèse*. Communication présentée au Séminaire sur l'impact des interventions en alcoolisme et toxicomanie au Québec, Montréal.
- Launière, D. (2001). *Communication personnelle*, Mashteuiatsh, Québec, 18 juillet 2001.
- Lawson, S. (1999). Le traditionnalisme et les politiques de l'identité culturelle en Asie et dans le Pacifique. *Journal de la Société des Océanistes*, 109, 37-51.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2^e éd.), Montréal : Guérin, Éditeur limitée.
- Lenclud, G. (1987, octobre). La tradition n'est plus ce qu'elle était... *Terrain, revue d'Ethnologie de l'Europe*, 9 Récupéré le 3 juillet, 2006
<http://terrain.revues.org/document3195.html>
- Léonard, L., & Amar, M. B. (2002). *Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : Fondements et pratiques* (2^e éd). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Liebler, C. A. (2004). American indian ethnic identity: Tribal nonresponse in 1990 census. *Social Science Quarterly*, 85(2), 310-323.
- Lookout, M. (1975). Alcohol and Native American. *Alcohol : Technical Reports*, 4, 30-37.
- Ludwig, A. M. (1985). Cognitive processes associated with « spontaneous » resolution from alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 53-58.
- Mail, P. D., & Johnson, S. (1993). Boozing, sniffing, and toking : An overview of the past, present, and future of substance use by American Indians. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research*, 5(2), 1-33.

- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., Gordon, C. M., & Gleason, J. R. (2000). Use of the AUDIT and the DAST-20 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. *Psychological Assessment, 12*(2), 186-192.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction : Come as you are. *Addictive Behaviors, 21*(6), 779-788.
- May, P. A. (1986). Alcohol and drug misuse prevention programs for American Indian : Needs and opportunities. *Journal of Studies on Alcohol, 53*(2), 227-236.
- May, P. A. (1995). The prevention of alcohol and other drug abuse among American Indians. A review and analysis of the literature. Dans P. Langton (Éd.), *The challenge of participatory research preventing alcohol-related problems in the ethnic communities* (pp. 183-243). Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and Center for Substance Abuse Treatment.
- McCormick, R. M. (2000). Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counseling, 34*(1), 25-32.
- Mercier, C., & Alarie, S. (2000). Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Dans P. Brisson (Éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie* (Vol. III, pp. 335-350). Montréal: Gaëtan Morin.
- Milbrodt, T. (2002). Breaking the cycle of alcohol problems among Native Americans : Culturally-sensitive treatment in the Lakota community. *Alcoholism Treatment Quarterly, 20*(1), 19-44.
- Miles, M. S., & Huberman A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Miles, M. S., & Huberman, A. M. (1991). *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes, Pédagogies en développement, Méthodologie de la recherche*, Bruxelles : De Boeck.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment : A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*(1), 84-107.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. (DHHS : Treatment Improvement Protocol Series : 35), Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

- Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada. (2005). *Registre des Indiens*. Ottawa : Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada.
- Moran, J. R., & May, P. A. (1997). American Indians. Dans J. Philleo, F. L. Brisbane et L. G. Epstein (Éds.) *Cultural competence in substance abuse prevention* (pp. 1-31). Washington, DC : NASW Press.
- Muchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Colin.
- Nadeau, L. (1991). Les alcooliques anonymes et le Minnesota model, divergences par rapport aux professionnels de la santé. *Le Médecin du Québec*, 69-72.
- Nadeau, L., & Biron, C. (1998). Le traitement. Dans L. Nadeau et C. Biron (Éds.) *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie* (pp.81-108). Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Napoleon, H. (1991). Yuuyaraq : The way of being human. Dans E. Madsen (Éd.), *Yuuyaraq : The way of being human*. Fairbank : Center for Cross-Cultural Studies, University of Alaska.
- Nathan, P. E. (1989). Treatment outcomes for alcoholism in the U.S. : Current research. Dans T. Lorberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors : Prevention and early intervention* (pp. 87-101). Amsterdam : Swets & Zeitlinger.
- Oetting, E. R., & Beauvais, F. (1990-91). Orthogonal cultural identification theory: the cultural identification of minority adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 25(5A & 6A), 655-685.
- Oudin, A. F., & Drapeau, L. (1993). *La situation de la langue montagnaise à Mashteuiatsh*. Document inédit.
- Peterson, S., Berkowitz, G., Cart, C. U., & Brindis, C. (2002). Native American women in alcohol and substance abuse treatment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 13(3), 360-378.
- Philippe, L. (2005). *Communication personnelle*. Mashteuiatsh, Québec, 17 octobre 2005.
- Philippe-Labbé, M. P. (2001). *Rapport préliminaire d'une enquête sur les raisons possibles de la non-consultation des Services de toxicomanie des Services sociaux de Mashteuiatsh*. Document inédit.

- Philippe-Labbé, M. P. (Novembre, 2005). *Traumas historiques, discontinuité culturelle, problèmes de santé : Pistes de réflexion pour les Premières Nations*. Conférence présentée dans le cadre des mardis du musée amérindien de Mashteuiatsh, Mashteuiatsh, Québec.
- Phinney, J. S. (2003). Ethnic identity and acculturation. Dans M. Chun, P. B. Organista, & G. Marín (Eds.), *Acculturation, Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 63-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Poupart, J., Deslaurier, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Powers, W. K. (2000). Le cercle sans fin, naissance et renaissance dans le système de croyance lakota. *Recherches amérindiennes au Québec*, 30(1), 49-58.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 47-51.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Application of addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Golstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Project MATCH Research Group (1997). « Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH posttreatment drinking outcomes », *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 217-235.
- Reynaud, M. (2004). *Cannabis et Santé, vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge*. Paris : Médecine – Sciences Flammarion.

- Rivers, P. C. (1994). Alcoholics anonymous. Dans P. C. Rivers (Éd.) *Alcohol and human behavior, theory, research, and practice*. (pp. 265-290). New Jersey : Prentice Hall.
- Roizen, R, Cahalan, D., & Shanks, P. (1978). Spontaneous remission » among untreated problem drinkers. Dans D. B. Kandel (Éd.), *Longitudinal Research on Drug Use Empirical Findings and Methodological Issues* (pp.197-221). Washington, DC : Hemisphere Publishing.
- Ross, H. E., Gavin, D. R., & Skinner, H. A. (1990). Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol Dependence Scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 506-513.
- Rossignol, V. (2000). *L'Entrevue motivationnelle : un guide de formation*. [Textes originaux et adaptation de l'anglais par Vincent Rossignol]. Document inédit.
- Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessiamit*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Roy, B. (2005). Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtrier. *Drogues, Santé et Société*, 4(1), 85-128.
- Sanders, D. (1987). Cultural conflicts: An important factor in the academic failures of American Indian students. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 70, 181-188.
- Santé Canada. (2003). *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Ottawa : Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux Canada.
- Saunders, W. M., & Kershaw, P. W. (1979). Spontaneous remission from alcoholism: A community study. *British Journal of Addiction*, 74, 261-224.
- Sayegh, L., & Lasry, J. C. (1993). Immigrants' adaptation in Canada : assimilation, acculturation and orthogonal cultural identification. *Canadian Psychology*, 34(1), 98-109.
- Scheid, F., & Olaçabal, I. (1994). Consommation de substances psychotropes chez les adolescents amérindiens au Québec. *Cahiers d'anthropologie et biométrie humaine*, 12(3-4), 145-158.
- Scott, K. (1996). Les autochtones canadiennes et l'usage des drogues psychotropes. Dans M. Adrian, C. Lundy, & M. Eliany (Éds.), *Les Canadiennes et l'usage*

d'alcool, de tabac et d'autres drogues (pp.129-144). Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test : The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Shaffer, H. J., & Jones, S. B. (1989). *Quitting cocaine : The struggle against impulse*. Lexington, MA : Lexington Books.
- Sheehan, T., & Owen, P. (1999). The disease model. Dans B. S. McCrady, & E. E. Epstein (Éds.), *Addictions : A comprehensive guidebook* (pp. 268-286). New York : Oxford University Press.
- Silworth, W. D. (1939). The doctor's opinion. Dans *Alcoholics Anonymous* (pp. xxi-xiv). New York : Alcoholics Anonymous World Service.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Skopp, G., Richter, B., Pötsch, L. (2003). Cannabinoid levels 24 to 48 hours after cannabis smoking. *Archiv fur Kriminology*, 212(3-4), 83-95.
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic*. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, D. E. (1992). Sociology from women's perspective: A reaffirmation. *Sociological Theory*, 10, 88-97.
- Smith, L. T. (1999). *Decolonizing methodologies research and indigenous peoples*. London / Dunedin: Zed Books Ltd / University of Otago Press.
- Smith, R. E., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1982). *Psychology: The frontier of behavior*. New York: Harper and Row.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sobell, M. B., Agrawal, S., Gavin, D., Leo, G., & Singh, K. N. (1996). Fostering self-change among problem drinkers : a proactive community interventions. *Addictive Behaviors*, 21(6), 817-833.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. Dans N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Éds.), *Self Control and Addictive Behaviours* (pp. 198-242). New York : Maxwell Manmillan, 1992.

- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problem without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Spicer, P. (2001). Culture and restoration of self among former American Indian drinkers. *Social Science and Medicine*, 53(2), 227-236.
- Stall, R. (1983). An examination of spontaneous remission from problem drinking in the bluegrass region of Kentucky. *Journal of Drug Issues*, 13, 191-206.
- Stall, R., & Biernacki, P. (1986). Spontaneous remission from the problematic use of substances: an inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco and food/obesity literature. *The International Journal on the Addictions*, 21, 1-23.
- Statistique Canada. (1991). *Faits saillants du profil statistique, Mashteuiatsh (Réserve indienne), Québec (Recensement 1991)*.
- Statistique Canada, (2001). *Faits saillants du profil statistique, Mashteuiatsh (Réserve indienne), Québec (Recensement 2001)*.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different : Theory and practice* (2^e éd.). New York: John Wiley & Sons.
- Timko, C., Finney, J. W., Moos, R. H., Moos, B. S., & Steinbaum, D. P. (1993). The process of treatment selection among previously untreated help-seeking problem drinkers. *Journal of Substance Abuse*, 5, 203-220.
- Tsinnijinnie, L. V. (2004). *The American Indian college student: An intersection of identity education and racism*. Thèse de doctorat inédite, Arizona State University.
- Tuchfeld, B. S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics : Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626-641.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Akiko-Gladsjo, J. (1994). Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 401-411.
- Turnbull, J. E., & Gomberg, S. L. (1988). Impact of depressive symptomatology on alcohol problems in women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(3), 374-381.
- Unesco (1982, août). *Définition de la culture par l'UNESCO*. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles,

Mexico City, Mexique. Récupéré le 3 juillet 2006

<http://www.bak.admin.ch/bak/themen/kultur/politik/00449/index.html?lang=fr>

- Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (1997). Introduction au concept de motivation. Dans R. J. Vallerand et E. E. Thill (Éds), *Introduction à la psychologie de la motivation*. Montréal, Qc : Les Éditions de la Chenelière inc.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e Éd). Montréal/Bruxelles : Les Presses de l'Université de Montréal, De Boeck Université.
- Vaugeois, D. (1995). *La fin des alliances franco-indiennes : enquête sur un sauf-conduit de 1760 devenu un traité en 1990*. Montréal : Boréal-Septentrion.
- Velicer, W. F., Norman, G. J., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1999). Testing 40 predictions from the transtheoretical model. *Addictive Behaviors*, 24(4), 455-469.
- Vick, R. D., Smith, L. M., & Herrera, C. I. R. (1998). The Healing Circle : An alternative path to alcoholism recovery. *Counseling and Values*, 42, 133-141.
- Waldorf, D., & Biernacki, P. (1981). The natural recovery from opiate addiction : Some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, 11, 61-74.
- Wallace, A. F. C. (1956). Revitalization Movements. *American Anthropologist*, 58, 264-281.
- Wallace, J. (1982). Alcoholism from the inside out : A phenomenological analysis. Dans N. J. Este & M. E. Heinemann (Éds.) *Alcoholism : Development, consequences, and intervention* (2^e Éd.) (pp. 1-15). St-Louis : C. V. Mosby.
- Walle, A. H. (2004). Native Americans and alcoholism therapy: the example of Handsome Lake as tool of recovery. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 3(2), 55-79.
- Weibel-Orlando, J. (1989b). Hooked on healing : Anthropologists, alcohol and intervention. *Human Organization*, 48(2), 148-155.
- Weibel-Orlando, J. (1989a). Treatment and prevention of Native American alcoholism. Dans T. D. Watts et R. Wright (Éds), *Alcoholism in minority populations* (pp. 121-139). Springfield, IL: Charles C Thomas.

- Williams, E. E., & Ellison, F. (1996). Culturally informed social work practice with American Indian clients: Guidelines for non-indian social workers. *National Association of Social Workers*, 41(2), 147-151.
- Wilsnack, S. C., & Wilsnack, R. W. (1995). Drinking and problem drinking in U.S. women. Dans M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism: Vol 12. Alcoholism and women* (pp.29-59). New York : Plenum Press.
- Yukon Government. (1991). *Yukon Alcohol and Drug Survey*, (Vol. 1). Technical Report. The Executive Council Office, Bureau of Statistic.

Appendice A

Approbation éthique



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 15 juillet 2003 au 13 juin 2006

Pour le projet de recherche intitulé : *la résolution de la consommation problématique d'alcool et de drogues selon les femmes pekuakamiñnuatsh ayant vécu ce problème.*

Chercheur responsable du projet de recherche : *Marie-Pierre Philippe Labbé*

Fait à Ville de Saguenay, le 24 janvier 2006

André Leclerc.
Président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Appendice B

Déclaration de consentement

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

**Département des Sciences de l'Éducation et de Psychologie
Université du Québec à Chicoutimi**

**Projet de recherche intitulé : « La résolution de la consommation
problématique d'alcool et de drogues selon les femmes
pekuakamiulnuatsh ayant vécu ce problème »**

Par la présente, je consens à participer à une recherche, dans le cadre d'une maîtrise en psychologie, visant à mieux comprendre ce qui aide la résolution d'une consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues chez les femmes ilnuatsh de la communauté de Mashteuiatsh. Je comprends que ma participation demeure **anonyme** et qu'elle consiste à répondre à un questionnaire d'une durée approximative de 30 minutes et que je participerai, ensuite, à une entrevue, enregistrée sur bande audio, d'environ 90 minutes avec l'étudiante-chercheuse. Pour pouvoir participer à l'étude, je dois être âgée de 15 ans et plus, être inscrite sur la liste de bande de Mashteuiatsh et résider dans cette communauté, avoir déjà présenté une consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues et être sobre (consommation modérée ou abstinerite) depuis au moins un an. Les objectifs, les procédures ainsi que les implications de ma participation à ce projet m'ont été clairement expliqués par l'étudiante-chercheuse :

Marie-Pierre Philippe-Labbé

Je comprends que ma participation à ce projet comporte les engagements suivants :

J'accepte de rencontrer l'étudiante-chercheuse afin de répondre à un ensemble de questionnaires portant sur divers aspects de ma consommation d'alcool et d'autres drogues ainsi qu'à une entrevue d'environ 90 minutes visant à connaître ce qui m'a aidée à changer mon style de consommation. À la fin de la deuxième rencontre, l'étudiante-chercheuse prendra un deuxième rendez-vous avec moi afin que je puisse prendre connaissance du contenu de la première entrevue et le valider, commenter, compléter ou nuancer au besoin.

J'autorise donc l'étudiante-chercheuse à entrer en contact avec moi dans la mesure où elle ne mentionne pas ma participation à cette étude si elle rejoint une autre personne que moi-même. À ce sujet, je permets à l'étudiante-chercheuse de me faire parvenir du courrier à mon adresse courante.

Ma participation à cette recherche comporte certains avantages, notamment celui de contribuer à comprendre ce qui m'a aidée à résoudre ma consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues. Ces connaissances apporteront une compréhension nouvelle de la résolution de cette problématique et pourront, au plan social, être utilisées afin d'améliorer l'aide (*prévention, intervention, postvention*) offerte aux Autochtones. En cas d'inconfort à la suite de ces rencontres, je pourrai contacter l'étudiante-chercheuse qui me référera, au besoin, à une personne-ressource.

Ma participation à cette recherche demeure **volontaire et je peux me retirer en tout temps** et ce, sans aucun préjudice, ni justification de ma part. Les données qui auront été recueillies seront seulement conservées pour fins d'analyse à moins que je ne signifie ma volonté qu'elles soient détruites. Les autorisations que j'accorde à l'étudiante-chercheuse de l'Université du Québec à Chicoutimi ne sont valides que pour une durée de cinq ans. Les données provenant des questionnaires seront informatisées. **Seule l'étudiante-chercheuse aura accès à ces fichiers au moyen d'un mot de passe.**

Je reconnais avoir eu le temps de poser toutes les questions que je voulais relativement au projet de recherche qui m'est présenté, en avoir saisi les objectifs et, après réflexion, j'accepte librement de participer à l'étude.

Signature de la participante

Date

Adresse

Tél.

N° de bande

Signature de l'étudiante-chercheuse (témoin)

Date

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a
approuvé cette recherche et en assure le suivi.

Pour toute question, vous pouvez joindre l'étudiante-chercheuse
au numéro suivant : 275-3695.

Pour discuter d'éléments d'ordre déontologiques ou éthiques avec une personne qui n'est pas
impliquée directement dans cette recherche, vous pourrez joindre le secrétaire
général de l'Université du Québec à Chicoutimi, Monsieur Martin Côté,
au numéro de téléphone : 418-545-5011 poste 5506.

Déclaration d'honneur

Autres personnes impliquées dans la recherche :

Madame Lise Lachance, Ph.D. en psychologie et directrice de recherche

Madame Martà Anadón, Ph.D. en éducation et co-directrice de recherche

**Ces personnes sont impliquées dans la présente recherche et s'engagent
par la présente à respecter toutes les conditions énoncées
dans cette déclaration de consentement**

Lise Lachance, directrice du projet de recherche (UQAC)

Date

Marta Anadón, co-directrice du projet de recherche (UQAC)

Date

Appendice C

Lettre à la population

Kuei Pekuakamiulnuatsh,

Nil ute nuhtshin Mashteuiatsh, ni tshishkutamakun nete ka **mishta tshishkutamatshanuats** Shekutimitsh (Chicoutimi), tshetshi ne itapitshian ka uauitshissat uitshilnu ka alamihikulitsh ishkuuapulu mahk ka matshikaunilitsh ute ilnussitsh.

Ka nitukulinitsheshitsh Lachance mahk Anadón nanakatshitaush eshi tshishkutamatishuian. Mishta mishau ute alamuhun ne uhtsh ka matshikautsh mahk ishkuuapui, miam ne peiku auen, kie peikutenu, ute kie tshitilnussinatsh mahk kie mishue a itsh ilnussitsh. Eshkuapu tshisselihtakanitsh tan tshipa eshi mishkakanu tshetshi esh nitukuhitishuta ilnuatsh. Ne uetsh natuapahtakanitsh, **tshetshi neshtuapahtakanilitsh ilnu ishkuuutsh u shutshiunnuau mahku uiluuau tan kaish nitukuhitishuta** ute ilnussitsh. Ne uetsh tutakanitsh, **tshetshi nishtutakanilitsh tan uiluuau kaish tutahka tshetshi nitukuhitishuta n'tshe ilnu ishkuuutsh.** Ne mahk mishkekanitsh ka eshi natuapahtakanitsh, tshika mishtapitin ne tshetshi nashekanitsh. Tshipatshi makie uitshissiku nelu auen ka alamihikut ishkuuapulu mahk ka matshikaunilitsh.

Ni ka natshishkuautsh ishkuuutsh ute ilnussitsh ume uashtessiu-pishim^u, takuatsh-pishim^u mahk pishimuss 2004. Tatau ishkuuutsh shash peiku pipun eshpish punihtata e manikueta, itelihtahka mahk tshetshi petsh uitshissita, petsh uauitshamueik mahk tan tshiluuau kaish uauitshissitishuiek tshetshi punitaiek e manikueiek mahk kie ka matshikautsh. Tshipatshi tahkapihtshenamunau ume ka itsheshitetsh **275-3695. Tshishtin** apu tshikuatsh uhtakanitsh tshitishinikashunuau.

**Ui uitshissiuiek makie alu ui nanitu tshisselihtamek^u,
kie ui uauihtamek^u tan tshiluuau esh uapahtamek
ne nitatusseun, petsh tahkapihtshenamashuk.**

**Ishpatelihtakuan tshetshi takushinieik !
Tshinishkumitin !!**

Marie-Pierre Philippe-Labbé
Candidate à la maîtrise en psychologie
Université du Québec à Chicoutimi

Kuei Pekuakamiulnuatsh,

Étant membre de la communauté de Mashteuiatsh, je poursuis présentement des études de **maîtrise en psychologie** à l'Université du Québec à Chicoutimi, sous la supervision des docteurs Lachance et Anadón.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont des problèmes qui amènent de graves répercussions tant au niveau des individus, des familles, de notre communauté que des Premières Nations en général. Malgré cela, il existe peu d'études sur le processus de guérison de cette problématique chez les Autochtones. **Le but de cette recherche est d'identifier les forces et facteurs de guérison propres aux femmes ilnuatsh de notre communauté. Plus spécifiquement, cette étude vise à comprendre le processus de guérison des femmes ilnuatsh ainsi qu'à dégager les éléments qui contribuent à ce processus.** Les résultats de cette recherche pourront servir comme pistes de solution tant au niveau de la prévention que de l'intervention auprès des personnes autochtones ayant une consommation problématique d'alcool et/ou d'autres drogues.

Pour faire cette étude, tout-au-long des mois d'octobre, novembre et décembre 2004, je vais rencontrer et discuter avec des femmes de notre communauté. **Si vous êtes une de ces femmes, sobre depuis au moins un an, et que vous sentez que vous pouvez m'aider en m'expliquant comment vous avez réussi à surmonter ce problème, n'hésitez pas à me joindre à l'un de ce numéro : 275-3695.** Vous êtes assurée que la confidentialité de votre participation dans cette étude sera **strictement** maintenu.

Pour participer ou pour toutes questions concernant votre admissibilité ou autres questions ou commentaires relative à cette recherche, n'hésitez pas à me joindre au numéro ci-haut.

**Votre participation est importante !
Tshinishkumitin !! / Merci !!**

**Marie-Pierre Philippe-Labbé
Candidate à la maîtrise en psychologie
Université du Québec à Chicoutimi**

Appendice D

Dépliant rappelant la recherche en cours

-- MINUATSH PEIKUA --

**Tshetshi shaputueshkenau tshiluau ne ka alamihkulek^u
ishkuteuapui mahk ka matshikauatsh ?**



Ne uehtsh eshi nantuapahtakanitsh, tshetshi milu nashituhtakanilitsh tan uiluau Pekuakamishkueutsh ka ishi nashikau tshetshi shaputueshkukau nelu ka eishalamihikutau.

Ishpitelihtakun ne eishi nantuapahtakanitsh

Apu mishatsh nantuapahtamun ne uhtsh tipatshimun e uauihtatsh tan eshi milupalitsh nite mishue e takuatsh ilnuassi. Ekume ka eshi nantuapahtakanitsh tshika uitshieue tan tshe ishi nashekanitsh tshetshi alu mashituepalitshakanitsh uitshieueun kie tan tshipa eshi uauitshakanuatsh ilnuishkueutsh tshetshi pashitshishkikau nelu alamuhunnilu.

Tan ne tshiluau tshipa aitinau ui pushipaliek^u :

Tshetshi miliek^u (90) peikushteutelnu e tshikashtetsh tahtapahikaniss tshetshi petsh uauihtamek^u tan tshiluau ka eishutanimek^u tshetshi uauitshitshueiek^u ne ka shaputueshkamek^u alamuhun. Eku nanatshe taht minashtakan katshi ne natshishkatuik^u, kau minuatsht tshika tahkapihtshenimatinau tshetshi kau mashtel natshishkatuik^u tshetshi milu tshitapahtamuhk kie tshetshi milu nihaushtak^u ne ushkatsht ka natshishkatuik^u. Apu tshikuatsh uhtakanitsh tshitishinikashunnau.

Ui takushinieku^u ume ka eshi nantuapahtakanitsh, tshika takuan :

- Shash peik^u pipun katshi punitaiek^u e manikueiek^u ishkuteuapui kie peikuan ka matshikautsh ;
- Muk^u ishkuetsh uishamakanuatsh ;
- Alu kutelnu ashu patetas itahtupuneshiek^u ;
- Ute uhtshiek^u Mahsteuiatsh ;
- Ute e aplek^u kie Mashteuiatsh.

**Ui uitshieiek^u ne eshi nantuapahtakanitsh, makie alu ui
tshisselihtamek^u, muk^u tshipa tahkapihtshenimunau
(Marie-Pierre Philippe-Labbé) ka itshishtetsh:**

275-3695

*Tshipatshi kie nikatamunau tshitishinikashunnau nite
nitahkapitshenikan.*

**Ishpitelihtakun ne tshe eishiuauitshieiek^u kie
ni mishta miluelihten.**

Tshetshi alu milu nashtuhtakanitsh tan tshipa eshi nashekanu tshetshi miluelimunauuatsh ne e tshitapahtakanitsh eshpish alamuhutau ilnuishkueutsh ashitsh ishkutuapulu mahk ka matshikaunilitsh. Mihtshet^u nipa apatshautsh ilnu ishkuetsh tshetshi petsh uauihtamutau tan ka eshi uihkutshutau ashitsh nelu. Nipa miluelihten tshi natshishkatukuatsh.

Tshinishkumitinau !!

-- RAPPEL --

Vous avez réussi à vous sortir d'un problème de consommation d'alcool ou de drogue ?



Cette recherche vise à comprendre comment les femmes pekuakamiulnatsh réussissent à se sortir d'une telle problématique.

Cette étude est importante

Il existe peu de recherches sur les histoires à succès dans les populations autochtones. Cette étude fournira des données qui pourront servir de pistes de solution pour guider le développement de services adaptés à ce que vivent les femmes ilnuatsh et ainsi, aider les femmes autochtones à surmonter ce problème.

Votre participation à l'étude implique

De m'accorder une entrevue d'une durée d'environ 90 minutes pour parler ce qui vous a aidé à surmonter votre problème de consommation. Quelques semaines après cette première rencontre je reprendrai contact avec vous pour une deuxième rencontre afin de valider et compléter au besoin le contenu de la première rencontre. La confidentialité de votre participation sera strictement maintenue.

Vous pouvez participer à cette étude si :

- Vous êtes sobre depuis au moins un an après avoir consommé de l'alcool et/ou des drogues de façon problématique ;
- Vous êtes une femme ;
- Vous avez 15 ans ou plus ;
- Vous êtes membre de la bande de Mashteuiatsh ;
- Vous vivez dans la communauté de Mashteuiatsh ;

Si vous désirez participer à cette étude, ou simplement en savoir davantage, n'hésitez pas à communiquer avec moi (Marie-Pierre Philippe-Labbé) au numéro suivant :

275-3695

Vous pouvez me laisser un message en toute confidentialité.

Votre participation est importante et très appréciée.

Afin d'amener la meilleure compréhension possible du processus de guérison des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues chez les femmes ilnuatsh, j'ai besoin du plus d'un grand nombre de femmes ilnuatsh qui m'expliqueront comment elles ont vécu cette période de leur vie. Je serais heureuse de vous rencontrer.

Tshinishkumitinau !!

Appendice E

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

1. Quel âge avez-vous ? _____

2. À quel endroit êtes-vous née ? _____

3. Avez-vous des enfants ? Si oui, combien d'enfants avez-vous ?

4. Vous croyez avoir (ou avoir eu) un problème de consommation :

4.1. Alcool : 1- Oui Si oui, de quel âge à quel âge : _____
 2- Non

Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous de l'alcool ?

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.2. Cannabis (marijuana, haschich) 1- Oui Si oui, de quel âge à quel âge : _____
 2- Non Mode de consommation : I- Fumée

Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous du cannabis ?

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.3. Cocaïne (coke, freebase): 1- Oui Si oui, de quel âge à quel âge : _____
 2- Non Mode de consommation : I- Fumée
 II- Sniffée
 III- Injectée

Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous de la cocaïne ?

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.4. PCP (mess) :1- Oui 2- Non

Si oui, de quel âge à quel âge : _____

Mode de consommation : I- Fumé II- Sniffé III- Injecté **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous du PCP ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.5. LSD (Acide, buvard) :1- Oui 2- Non

Si oui, de quel âge à quel âge : _____

Mode de consommation :

I- Comprimé (avalé) II- Sniffé **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous du LSD ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.6. Solvants (colle, essence)1- Oui 2- Non

Si oui, de quel âge à quel âge : _____

Mode de consommation : I- Inhalé **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous des solvants ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.7. Ecstasy (MDMA)1- Oui 2- Non

Si oui, de quel âge à quel âge : _____

Mode de consommation :

I- Comprimé (avalé) II- Sniffé III- Injecté **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous de l'ecstasy ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
- b) J'en consomme de façon modérée.
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.

4.8. Amphétamines (speed, ice, cristal)

- 1- Oui
-
-
- 2- Non
-

Si oui, laquelle : _____
De quel âge à quel âge : _____
Mode de consommation :
1- Comprimé (avalé)
2- Sniffé **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous des amphétamines ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
-
-
- b) J'en consomme de façon modérée.
-
-
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
-
-
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.
-

4.9. Médicaments psychoactifs(par exemple, anxiolitiques, somnifères,
antidépresseurs, tranquillisants,
anti-psychotiques, neuroleptiques)

- 1- Oui
-
-
- 2- Non
-

Si oui, lequel : _____
De quel âge à quel âge : _____
Mode de consommation :
1- Comprimé (avalé)
2- Sniffé **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous de tels médicaments ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
-
-
- b) J'en consomme de façon modérée.
-
-
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
-
-
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.
-

4.10. Autre drogue :

- 1- Oui
-
-
- 2- Non
-

Si oui, laquelle : _____
De quel âge à quel âge : _____
Mode de consommation :
1- Comprimé (avalé)
2- Sniffé
3- Injectée **Aujourd'hui de quelle façon consommez-vous de cette drogue ?**

- a) Je n'en consomme pas du tout (abstinence).
-
-
- b) J'en consomme de façon modérée.
-
-
- c) J'en consomme de façon abusive à l'occasion.
-
-
- d) Selon moi, j'en consomme de façon abusive régulièrement.
-

5. Durant cette dernière année (2003-2004), environ combien de fois, avez-vous pris plus de 7 consommations d'alcool par jour ?

- 1- Jamais
- 2- Une fois
- 3- Deux fois
- 4- Trois fois
- 5- Plus de trois fois

6. Durant cette dernière année (2003-2004) environ combien de fois, avez-vous pris entre 5 à 7 consommations d'alcool par jour ?

- 1- Jamais
- 2- Une fois
- 3- Deux fois
- 4- Trois fois
- 5- Plus de trois fois

7. Durant la dernière année (2003-2004), quand vous avez consommé de l'alcool, environ combien de consommations avez-vous pris ?

7.1. LA SEMAINE :

- 1- Je ne consomme pas la semaine.
- 2- Une consommation
- 3- Deux consommations
- 4- Trois consommations
- 5- Quatre consommations
- 6- Cinq consommations
- 7- Six consommations
- 8- Sept consommations
- 9- Plus de sept consommations

7.2. LA FIN DE SEMAINE

- 1- Je ne consomme pas la fin de semaine.
- 2- Une consommation
- 3- Deux consommations
- 4- Trois consommations
- 5- Quatre consommations
- 6- Cinq consommations
- 7- Six consommations
- 8- Sept consommations
- 9- Plus de sept consommations

8. Avez-vous déjà demandé de l'aide pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues ?

Oui Non

Si oui, à qui avez-vous demandé de l'aide (p. ex., famille, conjoint, enfants, intervenant, psychologue, médecin, centre de thérapie)?

9. Êtes-vous déjà allée en traitement (thérapie) pour votre consommation d'alcool ou de drogues ? (Par exemple, centre Wapan, Miam Uapukun, Wanaki, CRAT, Département St-Antoine)

Oui Non

Si oui, dans quel(s) centre(s) avez-vous fait cette ou ces thérapie(s) et en quelle(s) année(s)?

10. Avez-vous utilisé les services d'un centre de pré-thérapie ou d'hébergement tel le Séjour de Jonquière pour vous aider à ne pas consommer avant d'aller en thérapie ou pour bénéficier d'une surveillance plus étroite lors de votre sevrage ?

Oui Non Si oui, en quelle(s) année(s) : _____

11. Avez-vous déjà subi une désintoxication médicale ?

Oui Non Si oui, en quelle(s) année(s) : _____

12. En général, quand vous vivez un problème, est-ce que vous osez demander de l'aide ?

- 1- Oui, toujours
- 2- La plupart du temps, oui
- 3- Parfois seulement
- 4- Non, jamais

Appendice F

Questionnaires de dépistage : MAST et DAST-20

Questionnaire : M.A.S.T. : avant le changement

	Oui	Non
1. Quand vous aviez un problème de consommation d'alcool, pensiez-vous que vous consommiez de l'alcool en quantité normale, voire même inférieure à la normale ?		
2. Vous était-il déjà arrivé au réveil, après avoir bu la nuit précédente de ne plus vous souvenir d'une partie de la soirée ?		
3. Vos proches s'étaient-ils déjà inquiétés ou plaints de votre consommation d'alcool ?		
4. Pouviez-vous arrêter de boire après un verre ou deux sans difficulté ?		
5. Vous étiez-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?		
6. Est-ce que vos amis ou vos proches parents pensaient que vous étiez un buveur ou buveuse normal ?		
7. Vous arrivait-il d'essayer de vous limiter à ne boire qu'à certains endroits ?		
8. Étiez-vous toujours capable d'arrêter de boire quand vous le vouliez ?		
9. Aviez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes, en raison de votre consommation d'alcool ?		
10. Vous étiez-vous déjà battu alors que vous aviez consommé de l'alcool ?		
11. Votre consommation d'alcool avait-elle déjà causé des problèmes entre vous et votre conjoint ?		
12. Est-ce que vos proches avaient déjà demandé de l'aide ou des conseils à quelqu'un au sujet de votre consommation d'alcool ?		
13. Vous était-il déjà arrivé de rompre avec votre « blonde » ou « chum » ou de perdre des amis en raison de votre consommation d'alcool ?		

	Oui	Non
14. Aviez-vous déjà eu des problèmes au travail à cause de votre consommation d'alcool ?		
15. Aviez-vous déjà perdu un emploi à cause de la boisson ?		
16. Vous était-il déjà arrivé de négliger vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux ou plusieurs jours parce que vous aviez bu ?		
17. Vous arrivait-il de boire de l'alcool dans l'avant-midi ?		
18. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un trouble au foie, cirrhose ?		
19. Aviez-vous déjà souffert d'un delirium tremens, de tremblements importants, entendu des voix ou vu des choses qui n'existaient pas et qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?		
20. Aviez-vous déjà demandé de l'aide à quelqu'un à cause de la boisson ?		
21. Aviez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?		
22. Aviez-vous déjà été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général en raison de l'alcool ou d'un problème lié à l'alcool ?		
23. Aviez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, un travailleur social ou un prêtre pour vous aider à résoudre un problème dans lequel la boisson jouait un rôle important ?		
24. Votre comportement, après avoir bu, avait-il déjà entraîné une arrestation même pour quelques heures ?		
25. Aviez-vous déjà été arrêté(e) pour conduite en état d'ivresse pour avoir trop bu avant de conduire ?		

Questionnaire : M.A.S.T. : durant la dernière année
--

	Oui	Non
1. Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité normale, voire même inférieure à la normale ?		
2. Vous est-il déjà arrivé au réveil, après avoir bu la nuit précédente de ne plus vous souvenir d'une partie de la soirée ?		
3. Vos proches se sont-ils déjà inquiétés ou plaints de votre consommation d'alcool ?		
4. Pouvez-vous arrêter de boire après un verre ou deux sans difficulté ?		
5. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?		
6. Est-ce que vos amis ou vos proches parents pensent que vous êtes un buveur ou buveuse normal ?		
7. Vous arrive-t-il d'essayer de vous limiter à ne boire qu'à certains endroits ?		
8. Êtes-vous toujours capable d'arrêter de boire quand vous le voulez ?		
9. Avez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes, en raison de votre consommation d'alcool ?		
10. Vous êtes-vous déjà battu alors que vous consommiez de l'alcool ?		
11. Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà causé des problèmes entre vous et votre conjoint ?		
12. Est-ce que vos proches ont déjà demandé de l'aide ou des conseils à quelqu'un au sujet de votre consommation d'alcool ?		
13. Vous est-il déjà arrivé de rompre avec votre « blonde » ou « chum » ou de perdre des amis en raison de votre consommation d'alcool ?		

	Oui	Non
14. Avez-vous déjà eu des problèmes au travail à cause de votre consommation d'alcool ?		
15. Avez-vous déjà perdu un emploi à cause de la boisson ?		
16. Vous est-il déjà arrivé de négliger vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux ou plusieurs jours parce que vous aviez bu ?		
17. Vous arrive-t-il de boire de l'alcool dans l'avant-midi ?		
18. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un trouble au foie, cirrhose ?		
19. Avez-vous déjà souffert d'un delirium tremens, de tremblements importants, entendu des voix ou vu des choses qui n'existaient pas et qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?		
20. Avez-vous déjà demandé de l'aide à quelqu'un à cause de la boisson ?		
21. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?		
22. Avez-vous déjà été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général en raison de l'alcool ou d'un problème lié à l'alcool ?		
23. Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, un travailleur social ou un prêtre pour vous aider à résoudre un problème dans lequel la boisson jouait un rôle important ?		
24. Votre comportement, après avoir bu, a-t-il déjà entraîné une arrestation même pour quelques heures ?		
25. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ivresse pour avoir trop bu avant de conduire ?		

Les questions portent sur la période avant la diminution ou l'arrêt de votre consommation de drogue

		<i>Encerclez votre réponse</i>	
1.	Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés à des fins médicales?	Oui	Non
2.	Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance?	Oui	Non
3.	Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois?	Oui	Non
4.	Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète?	Oui	Non
5.	Pouvez-vous interrompre votre consommation de drogues au moment voulu?	Oui	Non
6.	Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des récurrences ("flashbacks") après avoir pris une drogue?	Oui	Non
7.	Votre consommation de drogues suscite-t-elle un sentiment de culpabilité de votre part?	Oui	Non
8.	Vos parents ou votre conjoint ont-ils déjà critiqué votre consommation de drogues?	Oui	Non
9.	Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents?	Oui	Non
10.	Avez-vous déjà perdu des amis pour avoir fait usage de drogues?	Oui	Non
11.	Avez-vous négligé votre famille en raison de votre consommation de drogues?	Oui	Non
12.	Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis au travail?	Oui	Non
13.	Avez-vous déjà perdu un emploi pour abus de drogues?	Oui	Non
14.	Vous êtes-vous déjà disputé ou battu sous l'influence de drogues?	Oui	Non
15.	Vous êtes-vous déjà engagé dans des activités illégales afin d'obtenir de la drogue?	Oui	Non
16.	Avez-vous déjà subi une arrestation pour possession de drogues illicites?	Oui	Non
17.	Avez-vous déjà éprouvé des symptômes de sevrage (malaises) après avoir interrompu votre consommation de drogues?	Oui	Non
18.	Avez-vous eu des problèmes médicaux attribuables à votre consommation de drogues (par exemple, les pertes de mémoire, l'hépatite, les convulsions, les saignements, etc.)?	Oui	Non
19.	Avez-vous déjà cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues?	Oui	Non
20.	Avez-vous déjà suivi un programme de traitement pour toxicomanes?	Oui	Non

Ces questions portent sur les 12 derniers mois

*Encerclez
votre
réponse*

- | | | | |
|-----|--|-----|-----|
| 1. | Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés à des fins médicales? | Oui | Non |
| 2. | Avez-vous fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance? | Oui | Non |
| 3. | Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois? | Oui | Non |
| 4. | Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète? | Oui | Non |
| 5. | Pouvez-vous interrompre votre consommation de drogues au moment voulu? | Oui | Non |
| 6. | Avez-vous déjà perdu connaissance ou eu des récurrences ("flashbacks") après avoir pris une drogue? | Oui | Non |
| 7. | Votre consommation de drogues suscite-t-elle un sentiment de culpabilité de votre part? | Oui | Non |
| 8. | Vos parents ou votre conjoint ont-ils déjà critiqué votre consommation de drogues? | Oui | Non |
| 9. | Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents? | Oui | Non |
| 10. | Avez-vous déjà perdu des amis pour avoir fait usage de drogues? | Oui | Non |
| 11. | Avez-vous négligé votre famille en raison de votre consommation de drogues? | Oui | Non |
| 12. | Vos abus de drogues vous ont-ils causé des ennuis au travail? | Oui | Non |
| 13. | Avez-vous déjà perdu un emploi pour abus de drogues? | Oui | Non |
| 14. | Vous êtes-vous déjà disputé ou battu sous l'influence de drogues? | Oui | Non |
| 15. | Vous êtes-vous déjà engagé dans des activités illégales afin d'obtenir de la drogue? | Oui | Non |
| 16. | Avez-vous déjà subi une arrestation pour possession de drogues illicites? | Oui | Non |
| 17. | Avez-vous déjà éprouvé des symptômes de sevrage (malaises) après avoir interrompu votre consommation de drogues? | Oui | Non |
| 18. | Avez-vous eu des problèmes médicaux attribuables à votre consommation de drogues (par exemple, les pertes de mémoire, l'hépatite, les convulsions, les saignements, etc.)? | Oui | Non |
| 19. | Avez-vous déjà cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues? | Oui | Non |
| 20. | Avez-vous déjà suivi un programme de traitement pour toxicomanes? | Oui | Non |

Appendice G

Guide d'entrevue

**FACTEURS DE RÉOLUTION D'UNE CONSOMMATION
PROBLÉMATIQUE DE D'ALCOOL ET DE DROGUES
SELON LES FEMMES ILNUATSH DE LA
COMMUNAUTÉ DE MASHTEUIATSH
AYANT VÉCU CE PROBLÈME**

Code de la participante : _____

Date : _____

Mode de recrutement : _____

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Votre participation est très importante pour ce projet qui pourra sans doute aider d'autres femmes autochtones vivant des situations similaires à celles que vous avez vécues. Pendant cette entrevue, nous allons aborder les motivations et événements qui vous ont aidée à prendre la décision de devenir sobre, à changer votre style de consommation et à maintenir votre sobriété. Ensuite, nous aborderons les stratégies ou moyens que vous avez utilisés tout au long de votre changement et finalement, nous aborderons les ressources qui vous ont aidée tout au long de ce processus.

SECTION 1
DESCRIPTION DU PROCESSUS DE RÉOLUTION

1.1 Pourriez-vous m'expliquer comment vous avez changé votre style de consommation?

SECTION 2
MOTIVATIONS, RAISONS ET ÉVÉNEMENTS AIDANT LE CHANGEMENT

2.1 Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a amenée à décider de changer votre style de consommation? (*Quelles sont les raisons, les événements ou les motivations qui vous ont amenée à décider de devenir sobre?*)

RÉSUMER LES MOTIVATIONS, ÉVÉNEMENTS ET RAISONS À LA PARTICIPANTE :

2.2 Est-ce que les motivations dont vous venez de me parler étaient les mêmes pour votre arrêt ou diminution de consommation d'alcool et autres substances?

2.3 Lesquels des éléments dont vous venez de me parler vous semblent **les plus importants** dans votre décision de changer votre style de consommation?

2.4 Est-ce que les motivations, raisons ou événements dont vous venez de me parler **vous aident toujours à maintenir votre sobriété?**

Si oui,

2.4.1 Pouvez-vous me parler des **motivations, raisons ou événements** qui vous aident toujours à **demeurer sobre?**

2.4.2 Y'a-t-il **d'autres motivations, raisons ou événements** qui vous aident aujourd'hui à **maintenir votre sobriété?**

SECTION 3

STRATÉGIES OU MOYENS AIDANTS LE CHANGEMENT

3.1 Qu'avez-vous fait pour arrêter ou diminuer votre consommation d'alcool et / ou de drogues? (Quelles **stratégies ou moyens** avez-vous utilisés pour devenir sobre?)

3.2 Si vous avez participé à une **thérapie à l'interne** (p. ex., centre Wapan), qu'est-ce qui selon vous, vous a aidée (dans cette thérapie) à changer votre style de consommation?

RÉSUMER LES STRATÉGIES ET MOYENS À LA PARTICIPANTE :

3.3 Selon vous, parmi les stratégies dont vous venez de me parler, **quelles sont celles qui vous ont le plus aidée** à changer votre style de consommation?

3.4 Est-ce que les **stratégies ou moyens** dont vous venez de me parler étaient les **mêmes** pour votre arrêt ou diminution de consommation d'alcool et autres substances? Sinon, expliquer.

3.5 Utilisez-vous encore aujourd'hui ces **stratégies** pour **maintenir votre sobriété?**

Si oui,

3.5.1 Pouvez-vous me parler des **stratégies ou moyens** que vous utilisez encore aujourd'hui pour **maintenir votre sobriété**?

3.5.2 Y'a-t-il **d'autres stratégies** qui vous ont aidée ou qui vous aident toujours aujourd'hui à **maintenir votre sobriété**? Si oui, pouvez-vous m'en parler?

SECTION 4

RESSOURCES AIDANT LE CHANGEMENT

4.1 Avez-vous eu des **ressources** par exemple, *des qualités personnelles, croyances ou des aides extérieures* qui vous ont aidée à **changer votre style de consommation** ?

RÉSUMER LES RESSOURCES À LA PARTICIPANTE :

4.2 Selon vous, parmi les ressources dont vous venez de me parler, **quelles sont celles qui vous ont le plus aidée à changer votre style de consommation?**

4.3 Est-ce que les ressources dont vous venez de me parler **étaient les mêmes pour votre arrêt ou diminution de consommation d'alcool et autres substances?**

4.4 Aujourd'hui, ces ressources vous aident-elles toujours à **maintenir votre sobriété**?

Si oui,

4.4.1 Pouvez-vous me parler des **ressources** que vous utilisez encore aujourd'hui pour **maintenir votre sobriété?**

4.4.2 Y a-t-il d'autres **ressources** qui vous ont aidée ou qui vous aident toujours à maintenir votre sobriété? _____

SECTION 5

TENTATIVES PASSÉES

5.1 Est-ce la première fois que vous changez votre style de consommation d'alcool et / ou drogues?

Si non,

5.1.2 Pouvez-vous m'expliquer, selon vous, ce qui n'a pas fonctionné dans vos autres tentatives d'arrêt ou diminution de votre consommation?

A- Résumer l'entrevue.

B- Auriez-vous quelque chose à ajouter que vous auriez pu oublier ou que les questions de l'entrevue n'auraient pas permis de couvrir?

C- Comment avez-vous vécu cette entrevue?

D- Que pensez-vous de l'entrevue? Est-ce qu'il y a des questions que vous auriez enlevées ou d'autres que vous auriez posées?

E- Avez-vous d'autres commentaires que vous aimeriez ajouter?

F- Remercier chaleureusement et rappeler que je la rappellerai dans environ deux semaines pour valider le contenu.

Appendice H

Formulaire de référence

Formulaire d'autorisation de référence

Dans le cadre de mes études en psychologie, j'effectue une recherche afin de mieux comprendre le **processus de résolution d'une consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes pekuakamilnuatsh**. La toxicomanie est une problématique importante au sein de notre communauté et de bien d'autres communautés autochtones. Il existe plusieurs façons d'étudier cette problématique. En ce qui concerne cette recherche, elle vise à comprendre comment les femmes pekuakamilnuatsh font pour se sortir d'une telle problématique, souvent malgré des conditions difficiles. Pour cette raison, je recherche les **histoires à succès** chez les femmes de notre communauté. **Si vous recevez ce présent formulaire c'est qu'une autre femme de la communauté croit que votre histoire de résolution pourrait me fournir des informations pertinentes pour comprendre ce qui aide la résolution d'une telle problématique chez les femmes pekuakamilnuatsh**. Lorsqu'on fait une telle recherche, les résultats deviennent ensuite disponibles pour d'autres chercheurs, cliniciens, décideurs, étudiants ceci, afin de permettre l'avancement des connaissances dans un tel domaine. Votre histoire pourrait donc aider d'autres femmes ilnuatsh et autochtones n'ayant toujours pas réussi à mettre fin à cette problématique. Il pourrait être important de vous mentionner que votre participation à ce projet demeurera **strictement anonyme** et **qu'aucune information pouvant révéler votre identité ne sera divulguée**.

J'autorise l'étudiante-chercheuse, Marie-Pierre Philippe-Labbé, à me contacter afin de m'expliquer davantage sa recherche sur la résolution d'une consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes ilnuatsh ainsi qu'à m'inviter à y participer si je réponds aux critères de sélection.

Signature de la personne référée

Date

Téléphone : _____

Adresse : _____

Signature du témoin

Date

***S.V.P. Remettre ce formulaire à l'attention de Marie-Pierre Philippe-Labbé
(275-3695).***

Appendice I

Extrait d'une synthèse d'entrevue

<u>Motivations</u>	<u>Stratégies</u>	<u>Ressources</u>	<u>Ce qui n'a pas aidé</u>
<p>Deux semaines sur la brosse. Deux semaines pas lavée, s'occupait pu de tes enfants. <u>Paroles de ton père</u> sur un ton <u>non moralisateur</u> pour la première fois. « C'est terrible XXXX, c'est pu une vie que tu mènes... » Ton père t'as <u>dit quoi faire</u> : T'habiller, te laver, te préparer, appeler le centre Petapan pour demander de l'aide et t'as offert de l'appeler pour toi si pas capable. (M. <i>changement</i>)</p>	<p><u>Demandé au bon dieu</u> si t'étais pour vivre de même, de venir te chercher. (S. <i>de changement</i>);</p>	<p><u>Intervenants du centre Petapan</u>; (R. <i>de changement</i>)</p>	<p>Faire un <i>meetings</i> au début; Ça ne l'aide pas vraiment de faire du <i>meeting</i>. Quand elle ressent le besoin, elle y va et peut-être un petit message l'accrochera. (N'était pas dans un état pour y aller)</p>
<p><u>Rituel</u> : Deux madames qui t'ont fait <u>l'imposition des mains</u> : « Met tes deux mains là sur ses pieds <i>pis</i> nous autres on va prier pour toi. » <u>Là a demandé</u> : « <u>Viens changer ma vie.</u> » (M. <i>changement</i>)</p>	<p><u>Demandé de l'aide</u> au centre Petapan; (S. <i>de changement</i>)</p>	<p><u>Centre Wapan</u>; (R. <i>de changement</i>)</p>	<p>Son mari consommateur ayant continué à consommer même lorsqu'elle a arrêté. Ça ne l'a pas aidée.</p>

Appendice J

Extrait d'un tableau de saturation

Tableau de saturation :
Motivation, raisons et événements déclencheurs pour changer

<i>Informatrice 001</i>	<i>Informatrice 002</i>	<i>Informatrice 003</i>
<p>... C'est ce que j'ai fait, parce que c'est moé qui était pas bien en-dedans de moé, j'avais mal en dedans. Faicque c'est là que j'ai décidé de l'faire pour moé, si moé, je veux être bien, mes enfants vont être bien avec moi. / ... <u>mêmes motivations que t'as eues pour arrêter de consommer les médicaments et pour arrêter de consommer l'alcool?</u> Oui, oui. Ben oui, c'est les mêmes motivations que j'ai eues, que j'avais parce que j'étais en train de me détruire avec autant que l'alcool que les médicaments. / <i>Le gros de tes motivations, c'était de vouloir faire quelque chose de ta vie.</i> Oui, parce que c'est moi qui avait mal. C'est sûre que mes enfants y avaient mal mais c'est moi en premier, il a fallu que... <i>ben</i> j'étais en train de me détruire-là. J'avais essayé quatre tentatives de suicide, je pense que il fallait que j'aïlle mal là en dedans (146-150, 235-240, 649-655)</p> <p>MAL DE VIVRE</p> <p>ASPIRATION : NE PLUS VOULOIR AVOIR MAL EN DEDANS (et médicaments)</p>	<p>... C'est mon enfant.../ Avant qu'on ait ...xxxx. Puis là depuis qu'on eu xxxx, on a arrêté, on pensait à elle puis, comment je dirais ça, je l'avais tantôt, eee. / Puis quand on a eu notre fille c'est là qu'on slaqué de boire parce qu'on voulait pas qu'elle soit placée.../ ... (12-18, 27-29, 77-80, 289-295, 639-642)</p> <p>ENFANT</p> <p>NE PAS VOULOIR QU'ENFANT SOIT PLACÉ</p>	<p>J'ai décidé de changer premièrement parce que quand je consommait <u>j'étais plus bien</u>, j'avais <u>toujours besoin d'une bière pour ne plus sentir l'angoisse</u> que j'avais en-dedans de moi. J'avais besoin d'une consommation pour endormir tout ça si tu veux. (17-22)</p> <p>NE PLUS AVOIR L'EFFET ESCOMPTÉ DE LA CONSOMMATION</p>
<p>... puis je me suis regardée dans le miroir. Puis, je me suis parlée devant le miroir : « <u>Quelle mère que j'étais? Qu'est-ce que tu fais dans la vie? Qu'est-ce que tu fais pour tes enfants?</u> Là, là, j'ai parti à brailler et c'est à ce moment-là que j'ai pris la décision.... (94-101)</p> <p>RÉVEIL</p>	<p><i>Oui, à 29 ans, j'ai rencontré mon mari. ...C'est là que j'ai arrêté de consommer de la colle mais j'continuais avec la boisson quand même. ... / la colle, j'ai arrêté ça directement. Quand j'ai connu mon mari là. J'tais trop amoureuse. / .../ Pis un jour le prince charmant... Arriva (rires)</i></p>	<p>j'étais tannée d'être comme ça. Je voyais mes enfants puis, dans ma tête à moé là, c'est pas ça que je voulais. J'aurais aimé ça pouvoir vivre sans angoisse. ... Même moi en étant jeune, je m'étais toujours dit que je ne ferais pas ce que c'est que ma mère m'a faite. Mais eee, j'avais beaucoup jugé ma mère puis je savais même pas ce que elle avait subi. Ça comme été un réveil si tu veux, de me</p>

PRISE DE CONSCIENCE DU MAL FAIT AUX ENFANTS

C'est drôle, j'ai arrêté la colle à frette... Comme si y venait combler tes besoins en? Oui en?... C'est ça que t'avais de besoin. Ouais. (38-46, 65-66, 285-288, 637-639, 757-762)

NOUVEAU CONJOINT

dire « réveille tes enfants sont là. » Puis, j'étais même pas capable de les avoir avec moé. J'avais trop peur de leur faire mal. Ça me faisait mal de les voir, qu'ils m'voyent comme ça. Je me sentais mal dans ma peau puis ... (29-38) / Qu'est-ce que moi je ne voulais pas faire à mes enfants, j'étais justement en train de le faire. Je me disais : « *Ah non, je ne ferais pas ça, jamais, à mes enfants plus tard* ». / Je ne voulais pas continuer où que elle, elle a continué. /... Bas-fond... (39) ... j'me sus aperçue que j'marchais dans les souliers à ma mère. (47-49, 56-57, 192-194) / Mes enfants (raison la plus importante du changement) / ... j'voyais que j'avais deux enfants puis que j'voulais arrêter la roue. ... j'voulais pas souffre comme moi j'ai souffert...(321, 621-632) / ... *bas-fond* ... J'me voyais dans les yeux de mon garçon, quand j'tais jeune... Souvent, *moé* c'est les yeux. Pareil comme si j'me s'rais vu dans les yeux de mon garçon. ... (1240-1259) / ... La motivation la plus importante c'est vraiment d'arrêter la roue, de marcher dans mes bottines, pu ceux-là de ma mère. La reproduction ...j'veux pu reproduire... (1265-1267, 1293-1295) / *Faicque* quand j'sus revenue, la population, c'est comme si à m'connassait pu *pis* moi non plus. J'ai r'connassais de vu mais, *tsé* en cinq ans, y a *ben* des choses qui avait changées. Il s'en ai passé des choses qui savent pas. Une petite bouteille d'eau... confiance en *moé*. *Tsé* j'ai eu tellement confiance en elle que je me suis perdue *pis* c'est là que j'ai pogné le bas-fond aussi. Tellement confiance que quand j'sus rentrée au Séjour de Jonquière, j'en avais deux dans ma bourse pour être sûre que ... être rendue aussi loin que ça... pu capable d'arrêter. (878-887)

MAL DE VIVRE

ÊTRE TANNÉE DE LA VIE DE CONSOMMATION

		<p>NE PLUS SE SENTIR BIEN À CONSOMMER</p> <p>NE PAS VOULOIR FAIRE DE MAL À SES ENFANTS</p> <p>RÉVEIL</p> <p>DISSONANCE ENTRE LES DÉSIRS D'ARRÊTER LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE ET LA RÉPÉTITION DU MODE DE VIE DES PARENTS</p> <p>MALAISE INTÉRIEUR PROVOQUÉ PAR LA DISSONANCE</p> <p>BAS-FOND</p>
--	--	--

Appendice K

Tableau d'extraits de verbatim par catégorie

4. Influence de personnes significatives (Inf. 005, 006, 008, 009, 010, 011, 013)

4.1. Bien-être des enfants (Inf. 005, 009, 010, 011)

- Et je me rappelle de ma dernière brosse et il faut que je m'en rappelle tout le temps de ma vie! Ah non! Ah non! Il n'est plus question pour moi de toucher à ça. (649-653) (M. maintien) **Qu'est-ce qui vous empêche de reboire aujourd'hui? Vous me dites que vous repensez à votre dernière brosse...** Ah oui! Je pense à ma dernière brosse et mes enfants, mes petits-enfants. Je suis arrière grand-mère! À voir ça... ah non! Ah non! C'est pas pour moi ça non! Parce que moi... quand on rentre dans le mouvement, il faut se dire une affaire que dans notre tête... c'est marqué sur les bouteilles d'alcool poison pour nous autres. Ça *fa que* c'est fini. Quand une personne est honnête... il faut être honnête... Quand une personne est honnête c'est final! (659-672 : inf. 005)
- Oui. Sais-tu quand est-ce que j'ai commencé à me sentir coupable? **Quand est-ce?** J'allais ..., il y avait des jeunes enfants et on buvait dans un autre appartement. Et je voyais bien le petit bébé il pleurait. Moi j'ai été voir le petit bébé, il était mouillé! Ah! Là j'ai pris un petit morceau... il y avait du linge là et il y avait un sac de pain là et je lui ai arrangé comme une couche, j'ai pris du linge propre par exemple, j'ai cherché si il y avait du linge propre. Après ça il y avait des épingles, après ça... je l'ai changé. Et ... maintenant il est grand et il se souvient pas mais... j'ai pas à lui dire mais... à chaque fois que je le regarde j'y pense. **Tu y penses! Ah! c'est beau hein!** Et c'est dans ce temps-là ça m'a arrêtée. / **Fa que vous avez arrêté de consommer pour vos enfants aussi?** Oui, pour mes enfants, pour le petit bébé et pour mon mari. Parce que je vois pas pour quelle autre raison... (485-500, 1355-1358: inf. 009)
- **Et ça l'a été une motivation tes enfants?** Oui ça l'a été ma motivation première. ... / le système de valeurs qui m'a été inculqué par ma famille qui refait surface quand même t'sé... T'sé mes enfants... Je vois aujourd'hui que c'est beaucoup vis-à-vis mes enfants... pour moi en quelque part c'est comme mes enfants m'ont sauvé la vie en partie Tu comprends? C'est un peu à ça que je me suis accrochée en me disant bien regarde là « ciboire » tu comprends XXXXX... / **Tu me parlais aussi de tes enfants... ta motivation...** Mes enfants pour moi c'était comme ma motivation première OK? Pour moi ça faisait comme... non! C'est sûr que avec ça je vois aujourd'hui que c'est ma plus grande zone de vulnérabilité. Dans ma tête tout de suite au départ ça fait comme... je me donne pas le droit de faire vivre à mes enfants ma vie en fin de compte. Pour moi ça c'est clair, net et précis dans ma tête. Tu comprends? *Fa*

que pour moi j'étais bien consciente que je les faisais souffrir. / C'est vraiment en quelque part comme un peu... C'est comme si en quelque part je serais allée puiser de l'énergie dans mes enfants pour me donner la force d'aller me rétablir. Tu comprends tu? Je l'ai fait pour... je peux pas dire que je l'ai fait pour eux autres, dans le sens que oui je l'ai fait pour moi-même, mais parce que j'avais le goût d'établir une relation, d'établir quelque chose de concret, de vivre tu comprends? Avec eux autres. Mais au départ pour moi-même. ... / le système de valeurs qui m'a été inculqué par ma famille qui refait surface quand même t'sé... T'sé mes enfants... Je vois aujourd'hui que c'est beaucoup vis-à-vis mes enfants... pour moi en quelque part c'est comme mes enfants m'ont sauvé la vie en partie ... (1961-1979, 2253-2258, 3665-3673, 1983-1997, 3252-3258 : inf. 010)

- Et aussi t'sé comme dans Alcooliques anonymes ils parlent d'un éveil spirituel. Ça c'est de prendre conscience que... une parcelle de la création que la vie a coule en dedans de toi, tu vau la peine de vivre là et de... t'sé... Prendre conscience de sa valeur humaine mettons, divine aussi. Parce que bien souvent on a été... parce qu'on est alco on a été quand on était jeune pas trop considéré comme à notre valeur juste t'sé... Moi je me suis fait en masse dire des affaires comme... Tu feras jamais rien de bon dans la vie... t'es rien que ci et ça... et venant de nos parents on enregistre ça. J'en veux pas à mes parents parce qu'ils se sont probablement fait dire la même affaire eux autres aussi. Moi j'ai l'impression que j'ai la responsabilité de taire ces mots-là en dedans de moi pour pas les répéter à mes enfants. C'est ça aussi être conscient là. Être conscient c'est une chose mais changer *pis* mettre ça en pratique c'est une autre chose. Penser c'est une chose mais changer et mettre ça en pratique c'est autre chose. C'est des réflexes... On élève nos enfants comme on a été élevé, spontanément *fa que* si tu te requestionnes pas dans la façon que t'élève tes enfants, tu risques de répéter les mêmes erreurs. / Ça se transmet de même alcoolique aussi là... Si on en donne assez de force à nos enfants et assez d'amour de nous et de confiance en eux. Il devraient pas avoir besoin de ça. / **Tes enfants est-ce que ça l'a été une motivation pour toi?** Oui c'est sûr. C'est sûr parce qu'on essaie d'être un exemple pour eux autres parce qu'on sait que les enfants ils font toute la même chose que nous. Tout ce qu'on fait ils font pareil. (806-810, 821-836, 840-842 : inf. 011)

4.2. Modèles

(Inf. 006, 010, 011)

- **OK. Et aujourd'hui de voir tout le chemin que vous avez de fait hein?** Oui. Et j'ai eu comme modèle... ce que ma tante m'a transmis... elle a jamais consommé... Et moi étant petite je me suis dit je veux être comme elle... Oui ça sera toujours un modèle jusqu'à la mort. (Inf. 006, 1347-1352 /1364)

- Son père (modèle) : a déjà eu des problèmes de consommation. (Inf. 010, 4136 : entrevue de validation)
- Peut-être juste le Dalaï-lama là qui m'a ... C'est un grand homme aussi qui m'a aidé beaucoup... j'ai une cassette... un CD là... Ça et les 4 Toltèque. Les? Les 4 accords Toltèque. Les 4 accords Toltèque. Il faudrait que je te ... / Pis aussi le Dalaï Lama, moi le Dalaï Lama c'est mon idole. Tu vois comme j'sus mêlée dans mes religions. (Inf. 011, 924-934, 1352-1353 : entrevue de validation)
- Pis mère Thérèse. (Inf. 011, 1355 : entrevue de validation)

4.3. Contre-modèles (Inf. 005, 007, 008, 009)

- Seulement j'ai pu... après 30 de sobriété t'as plus l'idée de rechuter, t'en vois assez de monde qui boive, il y en a chez nous là-bas aux 31 logements là et je te dis que... Écoute un peu je me revois dans eux autres hein? Je trouve ça terrible! (Inf. 005, 451-456)
- Mais je vois un peu mes parents comment ils vivent... Je regarde un peu... (l'aide à maintenir son mode de vie) / Bien je veux dire... le mode de vie qu'ils ont là... Comme eux autres ils ont des problèmes de boisson... (Inf. 007, 634-636, 640-642)
- Ce qui m'aide aussi je pense c'est quand je vois les gens là... les gens qu'on voit tous les jours chercher leur bouteille et tout ça... Là ils m'aident eux autres dans un certain sens là. (Inf. 008, 1883-1885)
- J'étais plutôt dépressive. Aille! J'ai vu des femmes là c'est effrayant! C'est peut-être pour ça que ça m'a incité... t'sé... j'ai pris la décision d'arrêter parce que j'ai tellement vu des choses là! Aille! C'est effrayant où l'alcool pouvait mener! De médication que ça pouvait amener... Il y avait une femme là, elle mettait le feu après les rideaux... / À l'hôpital qu'elle faisait ça? Non non, elle faisait ça dans sa maison. Et c'est pour ça qu'ils ont été obligé de l'interner. Elle était dangereuse. **Bien oui!** Il y a toutes sortes de cas hein! **Et ça vous dites que ça vous a influencé à arrêter de consommer de voir des femmes comme ça?** Oui ça m'avait fait peur. J'avais été traumatisé de ce que... il y avait des gens qui m'ont dit que cette femme-là elle était « épeurante ». J'aurais pas voulu l'avoir à côté de moi là. C'est « épeurant » ça! (679-683, 690-704 : inf. 009)
- **Qu'est-ce que vous trouvez qui vous a le plus aidé à arrêter de consommer?** Ce qui m'a aidée? **Le plus...** C'est de voir le monde se briser par rapport à l'alcool. Et il y a du monde en masse qui sont brisés. Tu vois ça, tu passes dans le chemin, tu vois du monde, ah! Ils sont là, ils sont tout... d'ailleurs ils sont sales,

ils se lavent pas, ils sont ébouriffés... Et c'est du monde que... je les croise sur le chemin ou à des places... Ou je vois des ménages, il y a des ménages qui font des disputes, il y a de la bagarre et je sais qu'ils sont sur l'effet de la boisson. Et ce qui est triste dans ça c'est les enfants. J'ai vu des ménages quand j'étais plus jeune... les deux parents se battaient et les enfants ils sortaient dehors et ils couraient, ah! Ça faisait pitié. En tous les cas c'est triste. J'ai vu même mes enfants qui couraient toujours et... Bien ils couraient... ils couraient pas dehors... Ah! Ça me rend triste voir du monde en boisson maintenant. **Et ça, ça vous a aidé à vous en sortir... vous vouliez pas devenir aussi pire que ça...** Oui. (1593-1612: inf. 009)

4.4. Les Alcooliques anonymes (Inf. 005, 013)

- Aussitôt qu'à connu AA, c'est ça qui la motivait. (Entrevue de validation :1801-1802 : inf. 005)
- Quand je suis allée à la réunion AA, le rassemblement, la réunion AA qui était là, dans le rassemblement parce que sinon je serais peut-être jamais allée dans une salle. T'sé... comme j'ai été chanceuse, j'ai tout le temps eu des affaires sur mon chemin. / Quand, j'ai assisté à la première réunion AA, ça été une motivation. C'tait plus qu'une stratégie. (711-714, 1239-1240 : inf. 011)
- **Bien oui... Et aujourd'hui qu'est-ce qui vous motive à rester sobre? C'est l'amour. L'amour que vous retrouvez dans AA... L'amour dans AA et l'amour de la famille qui voit que toi t'as tellement changé et qui se demande... comment ça se fait que tu fais encore 4, 5 *meetings* par semaine et ça fait 20 ans que tu bois pas? J'en ai besoin. Moi c'est ma pilule. C'est ma pilule... **C'est un peu comme si vous avez remplacé vos dépendances par... Mais c'est une bonne dépendance...** C'est ma pilule et c'est ma famille. Je pense que AA passe avant ma famille. **OK...** C'est rendu... t'sé ça devient à ce point-là là. Parce que ma famille eux autres ils comprennent pas, ils ont pas le mode de vie. T'sé je vais leur dire de quoi... ils vont dire ah! T'es bien niaiseuse! Mais AA ils me diront pas je suis bien niaiseuse eux autres... (1654-1676 : inf. 013)**

4.5. Le contact avec les autres (Inf. 008)

4.5.1. Avec les aînés (Inf. 008)

- Ce qui m'a aidé beaucoup aussi c'est le contact des gens dans la communauté. Des gens, des aînés... dans mon travail... On dirait que je connais tout le monde de la communauté! / cette proximité-là que t'as

avec les membres de la communauté, bien ça c'est quelque chose qui t'aide là... Ah oui! Ça m'aide ça beaucoup aussi... à ce niveau-là. / t'sé je peux avoir des bons contacts autant avec un qu'avec plusieurs. / Oui... les membres de la communauté là... Oui de la communauté... sans le savoir encore m'ont aidée beaucoup là. (Inf. 008, 1306-1309, 1321-1325, 2648-2649, 2683-2686) / Peut-être moins là mais sauf que les aînés là, c'est sûr qu'ils étaient plus vieux que moi là... mais même ... ils m'aidaient là. ... et à l'autre bout là... je leur ai toujours parlé là. Ils étaient plus vieux que moi là... / les aînés m'ont beaucoup aidée. / les aînés sans le savoir, ils m'ont aidée aussi. Ils m'ont aidée à vivre des choses et ils m'ont aidée à... ils m'ont appris des choses en les regardant, en leur parlant, de cette façon-là. Sans vraiment vouloir... **Aider...** Ouin t'sé... C'est sûr que dans leurs pensées t'sé... dans leurs pensées, dans le fond de leur coeur t'sé ils vont te dire des choses... C'est pas pensé là qu'ils veulent aider quelqu'un mais il y a quand même une petite affaire là de ça là. T'sé... ils veulent aider le monde. Quand tu parles de quelque chose bien c'est parce que ça t'intéresse, t'es intéressé à le montrer. (Inf. 008, 1919-1923, 2599, 2616-2629)

4.5.2. Avec les membres de la communauté (Inf. 008)

- Ce qui m'a aidé beaucoup aussi c'est le contact des gens dans la communauté. Des gens, des aînés... dans mon travail... On dirait que je connais tout le monde de la communauté! / cette proximité-là que t'as avec les membres de la communauté, bien ça c'est quelque chose qui t'aide là... Ah oui! Ça m'aide ça beaucoup aussi... à ce niveau-là. / t'sé je peux avoir des bons contacts autant avec un qu'avec plusieurs. / Oui... les membres de la communauté là... Oui de la communauté... sans le savoir encore m'ont aidée beaucoup là. (Inf. 008, 1306-1309, 1321-1325, 2648-2649, 2683-2686)

4.5.3. Avec les jeunes (Inf. 008)

- Les jeunes m'ont beaucoup aidée d'une certaine façon. C'est sûr qu'ils venaient pas vers moi pour me dire YYYY là... mettons dans mes choses à moi, qui m'appartiennent là... T'sé on parlait pas de ces choses-là. Mais sauf qu'ils m'ont aidée par rapport à... Ils ont participé à ces activités-là et que moi j'ai pu y être... de ce sens-là, de ce côté-là ça m'a aidée. (Inf. 008, 2599-2606)

Appendice L

Arborescence des codes motifs

L'ARBRE DES CODES

Motifs, raisons et événements motivant la résolution du problème de consommation

1. Mal-être intérieur

(Inf. 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 010, 012, 013)

1.1. Bas-fond (Inf. 001, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 010, 012, 013)

1.1.1. Crise suicidaire

(Inf. 001, 002, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 010, 013)

1.1.1.1. Tentative de suicide (Inf. 001, 002, 004, 008, 013)

1.1.1.2. Planification d'un suicide (Inf. 006, 009, 010)

1.1.1.3. Se laisser mourir (Inf. 005, 007)

1.2. Culpabilité / honte des actes posés en état d'ébriété (Inf. 002, 003)

1.3. Avoir diverses peurs reliées au mode de vie de consommation

(Inf. 002, 003, 010, 012, 013)

1.3.1. Peur d'avoir fait du mal aux autres en état d'ébriété (Inf. 002)

1.3.2. Peur de revivre de mauvaises expériences (Inf. 003)

1.3.3. Avoir peur de développer une dépendance à la substance (Inf. 003)

1.3.4. Peur de se suicider & de tout détruire à l'entour de soi (Inf. 013)

1.3.5. Peur de se faire enlever ses enfants (Inf. 002, 012)

1.3.6. Peur de souffrir (Inf. 010)

2. Prise de conscience

(Inf. 001, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012, 013)

2.1. Réveil soudain (Inf. 001, 003, 005, 006, 007, 008, 010, 012)

2.2. Réveil spirituel (Inf. 006, 011)

2.2.1. Quête de réponse sur le moment d'arrêt de consommation & réponse en forêt (Inf. 006)

2.2.2. Rêve & intuition (Inf. 011)

2.2.3. Avoir trouvé sa façon de se lier au *Créateur* (Inf. 011)

2.3. Prise de conscience du problème de consommation

(Inf. 004, 007, 009, 010, 011, 013)

3. Influence des personnes significatives

(Inf. 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012)

3.1. Changer pour le bien-être des autres

3.1.1. Bien-être des enfants

(Inf. 001, 002, 003, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012)

3.1.1.1. Ne pas vouloir faire de mal aux enfants

- (Inf. 001, 003, 006, 008, 009, 010)
- 3.1.1.2. Ne pas vouloir faire vivre à ses enfants ce qu'a vécu étant jeune (Inf. 003, 007, 011, 012)
- 3.1.1.3. Ne pas vouloir que son/ses enfant(s) soit (ent) placé(s) (Inf. 002, 010, 012)
- 3.1.1.4. Naissance d'un enfant ou devenir enceinte (Inf. 002, 012)
- 3.1.2. Bien-être du conjoint (Inf. 002, 003, 006)
- 3.1.2.1. Nouveau conjoint (Inf. 002, 006)
- 3.1.2.2. Ne pas vouloir brimer la réputation de son conjoint (Inf. 003)
- 3.2. Vivre l'expérience de se sentir aimée, soutenue ou acceptée inconditionnellement ou se retrouver de plus en plus isolée
- 3.2.1. Se sentir aimée & acceptée inconditionnellement (Inf. 002, 004, 005, 006, 007, 010)
- 3.2.2. Perte de personnes significatives (Inf. 003, 005, 009)
- 3.2.3. Le soutien des Alcooliques anonymes (Inf. 005, 010)
- 3.2.4. Le contact avec les membres de la communauté (Inf. 008)
- 3.3. Vouloir ressembler ou ne pas vouloir ressembler à d'autres personnes (Inf. 006, 007, 009, 011)
- 3.3.1. Modèles (Inf. 006, 007, 011)
- 3.3.2. Contre modèles (Inf. 009)

4. Aspirations (Inf. 003, 004, 006, 009, 010, 011)

- 4.1. Vouloir être quelqu'un de bien dans la vie (Inf. 003, 006)
- 4.2. Vouloir être heureuse & bien dans sa peau (Inf. 004, 006)
- 4.3. Transition vers une vie plus mature (Inf. 009, 011)
- 4.4. Vouloir établir une relation avec ses enfants (Inf. 010)
- 4.5. Vouloir être dans un état de conscience (Inf. 011)
- 4.6. Vouloir avoir une vie meilleure (Inf. 011)
- 4.7. Ne plus vouloir avoir de trous de mémoire dû à l'état d'ébriété (Inf. 002, 011)

5. Les ultimatums (Inf. 004, 008, 009, 010, 012)

- 5.1. Emploi Vs mode de vie de consommation (Inf. 008)
- 5.2. Avoir ses enfants Vs mode de vie de consommation (Inf. 010)
- 5.3. Santé Vs consommation (Inf. 004, 009, 012)

**6. Ne plus avoir l'effet escompté de la consommation (tolérance) (ne gèle plus le malaise)
(Plus de plaisir) (incapacité physique de consommer la substance)
(Inf. 003, 005, 006, 010, 013)**

- 6.1. La substance ne suffit plus à geler le malaise intérieur (Inf. 010, 013)
- 6.2. La substance ne procure plus de plaisir (Inf. 006)
- 6.3. Effet de tolérance important vis-à-vis de la substance (Inf. 003)
- 6.4. Incapacité physique de consommer la substance (Inf. 005)

7. Réappropriation et réaffirmation culturelles (Inf. 008)

L'ARBRE DES CODES
Motifs, raisons et événements motivant le maintien
la sobriété de ces femmes pekuakamiulnuatsh

1. Prise de conscience des gains de la vie de sobriété
(Inf. 001, 002, 003, 005, 008, 009, 010)

- 1.1. Gains sociaux (Plus d'amis, confiance des autres)(Inf. 001, 003, 008, 010)
- 1.2. Gains financiers et matériaux (Profiter de son argent)
(Inf. 002, 003 009)
- 1.3. Gains psychologiques (Estime de soi, fierté) (Inf. 003, 010)
- 1.4. Gains familiaux (Impact positif de la sobriété sur enfants)
(Inf. 002, 003, 005)

2. Souvenir d'expériences négatives dû au mode de vie de consommation
(Inf. 002, 003, 005, 007, 008, 010, 012)

- 2.1. Souvenir du bas-fond (Inf. 005, 007, 008, 010)
- 2.2. Souvenir d'expériences négatives en état d'ébriété (Inf. 002, 003, 009)
 - 2.2.1. Souvenir de la prostitution pour se procurer la substance (Inf. 002)
 - 2.2.2. Souvenir d'un bad trip (Inf. 003)

3. Aspirations (Inf. 001, 003, 008, 011, 012)

- 3.1. Vouloir devenir quelqu'un de bien (Inf. 003)
- 3.2. Vouloir être un modèle pour ses enfants (Inf. 011)
- 3.3. Ne plus vouloir retourner à la vie de consommation
(Inf. 001, 003, 008, 012)

4. Influence des personnes significatives
(Inf. 001, 005, 006, 007, 008, 009, 010, 011)

- 4.1. Bien être des enfants (Inf. 005, 009, 010, 011)
- 4.2. Modèles (Inf. 006, 010, 011)
- 4.3. Contre-modèles (Inf. 005, 007, 008, 009)
- 4.4. Les Alcooliques anonymes (Inf. 001, 005, 010)
- 4.5. Le contact avec les autres (Inf. 008)
 - 4.5.1. Les aînés (Inf. 008)
 - 4.5.2. Les membres de la communauté (Inf. 008)
 - 4.5.3. Les jeunes (Inf. 008)

5. Croyances**(Inf. 003, 007, 012)**

- 5.1. Croire ne plus être capable de recommencer le cheminement si rechute
(Inf.003, 007)
- 5.2. Croire que la consommation d'alcool n'est pas une bonne stratégie de résolution de problème (Inf. 012)

6. Réappropriation et réaffirmation culturelles**(Inf. 008)**