

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
ALEXANDRE THÉBERGE

LES FACTEURS D'INFLUENCE DANS LE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES
ATTEINTES D'UN TROUBLE CONCOMITANT : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

AOÛT 2017

Sommaire

Les troubles mentaux graves sont à l'origine de grandes souffrances humaines ce qui a pour effet d'altérer le fonctionnement social des individus et entraîner une forte utilisation de soins spécialisés gouvernementaux. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2005) dans son plan d'action en santé mentale affirme que de 2 à 3% de la population adulte souffre d'un trouble mental. Toutefois, on observe rarement la présence d'un seul diagnostic de TMG. En effet, les personnes atteintes d'un trouble mental grave risquent davantage d'avoir une problématique reliée à la consommation de substances et vice-versa (Skinner, O'Grady, Bartha, & Parker, 2004). Le plan d'action en santé mentale du MSSS (2005) a aussi démontré une forte corrélation entre ces deux problématiques. Jusqu'à deux tiers des personnes ayant un trouble mental au Québec auraient aussi une problématique de consommation de substances. Cette concomitance engendre de nombreuses complications dans la prise en charge de ces individus soit : une plus grande fréquence d'hospitalisation (Haywood et al., 1995), plus de rechutes (Landry, Cournoyer, Bergeron, & Brochu, 2001; Schmidt, Hesse, & Lykke, 2011; Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey, & Inderbitzin, 1996; Xie, McHugo, Fox, & Drake, 2005), davantage de probabilités de vivre des conditions de pauvreté (Caton et al., 1994; Drake et al., 1991; McGinty, Baker, Steinwachs, & Daumit, 2013; Schmidt et al., 2011), une satisfaction moins élevée dans les relations familiales (Dixon, McNary, & Lehman, 1995) ainsi que des risques plus élevés dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang tel que l'hépatite C et le VIH/Sida (Rosenberg et al., 2001).

Malgré tout, de nombreuses personnes ayant un trouble mental grave sont en mesure d'améliorer leur qualité de vie et d'apprendre à vivre avec ladite maladie sans consommation problématique. Le processus de rétablissement de ces personnes constitue l'objet de cette étude. Plus précisément, leur vision de ce que représente le rétablissement, les facteurs positifs, négatifs et ceux impliqués à long terme en lien avec leur cheminement de mieux-être sont aussi des éléments abordés dans la présente recherche.

Cette étude a permis de mieux comprendre le phénomène du rétablissement auprès des personnes présentant un trouble concomitant selon une approche bioécologique. Les participants de cette étude ont tous été recrutés à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Plusieurs constats liés aux facteurs influençant le rétablissement émergent de cette étude : a) il y a une hétérogénéité de facteurs individuels et une homogénéité de facteurs environnementaux et liés aux interventions, b) le soutien social et les activités significatives sont des facteurs déterminants dans le processus, c) plusieurs facteurs, peuvent avoir à la fois une influence positive ou négative et d) il y a des interactions constantes entre le trouble mental et le trouble lié à l'usage de substances sur le rétablissement. Sans toutefois pouvoir généraliser à l'ensemble de la population, les facteurs évoqués permettent de mieux saisir les enjeux du rétablissement, mais également d'orienter les équipes de traitement en trouble concomitants et leurs interventions.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique à l'étude.....	6
1.1 L'ampleur des troubles mentaux dans la société.....	7
1.2 L'ampleur des troubles concomitants dans la société	9
1.3 Les facteurs de risques et les répercussions de la concomitance	11
Chapitre 2 : recension des écrits	16
2.1 Les troubles concomitants.....	17
2.2 Le rétablissement d'un trouble mental.....	23
2.2.1 Les facteurs liés au rétablissement d'un trouble mental	27
2.3 Le rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance	38
2.3.1 Les facteurs liés au rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de substance	41
2.4 Le traitement intégré pour les personnes ayant un trouble concomitant.....	54
Source : Traduction de Drake et al. (1998), p. 3.....	60
2.4.1 L'efficacité du traitement intégré pour les personnes ayant un trouble concomitant .	60
2.5 Limites des études consultées	67
2.6 Pertinence de la recherche.....	69
Chapitre 3 : Cadre conceptuel.....	71
3.1 L'approche bioécologique et ses fondements	72
3.2 Le modèle transtheorique du changement	77
3.3 Modèle exploratoire des facteurs qui influencent le rétablissement des personnes ayant des troubles concomitants	82
Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche	85
4.1 Type d'étude	86
4.2 Les principaux objectifs de la recherche.....	87
4.3 Population à l'étude	88
4.4 Méthode d'échantillonnage et recrutement.....	89
4.5 La collecte de données	92
4.5.1 La fiche signalétique	93
4.5.2 Le Stages of Recovery Instruments (STORI)	94
4.5.3 Le University of Rhode Island Assessment Scale (URICA).....	95
4.5.4 L'entrevue semi-dirigée	97
4.6 L'analyse des données	97
4.7 Les considérations éthiques	100
Chapitre 5 Présentation des résultats	102

5.1 Le profil des répondants.....	103
5.1.1 Profil sociodémographique des répondants	103
5.1.2 Profil de consommation de substances psychoactives des répondants	105
5.1.3 Profil d'utilisation des services en santé mentale des répondants.....	109
5.2 L'apparition, l'évolution et le rétablissement d'un trouble mental	111
5.2.1 L'apparition du trouble mental	111
5.2.2 Vivre au quotidien avec un TM	115
5.2.3 L'évolution du TM dans la dernière année et les facteurs associés	117
5.2.4 Le rétablissement du trouble mental et ses facteurs d'influence.....	119
5.2.4.1 <i>Perception des répondants face à leur rétablissement</i>	119
5.2.4.2 <i>Perception des répondants face aux facteurs d'influence dans leur rétablissement</i>	121
5.3 L'apparition, l'évolution et le rétablissement d'une problématique de consommation	125
5.3.1 Le premier contact avec les substances.....	126
5.3.2 Les avantages et les désavantages de la consommation.....	129
5.3.3 Le rétablissement de la problématique de consommation	132
5.3.3.1 <i>La perception des répondants face à leur stade de changement</i>	133
5.3.3.2 <i>Perception des répondants face aux facteurs d'influence dans leur rétablissement</i>	135
5.4 Le trouble concomitant	139
5.5 Les facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant	142
5.5.1 Les facteurs positifs	142
5.5.2 Les facteurs négatifs.....	149
Chapitre 6 : Discussion et analyse des résultats.....	153
6.1 Les principaux constats observés.....	155
6.2 L'expérience de rétablissement d'un trouble concomitant : les facteurs d'influence	161
6.3 L'analyse des facteurs selon le modèle bioécologique	170
6.4 Proposition d'un modèle exploratoire.....	174
6.5 Les forces et les limites de la recherche.....	176
6.6 Recommandations émergeant de l'étude	179
Conclusion	183
Bibliographie.....	186
Annexes	211

Annexe A : Affiche et feuillet publicitaire.....	212
Annexe B : Fiche signalétique	215
Annexe C : Formulaire de consentement.....	222
Annexe D: STORI.....	228
Annexe E : URICA	236
Annexe F : Entrevue semi-dirigée	242
Annexe G : Approbations éthiques (IUSMQ, UQAC)	250

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Les critères des troubles liés à l'alcool et au cannabis selon le DSM-5.....	21
Tableau 2 :	Facteurs d'influences dans le rétablissement de la santé mentale.....	28
Tableau 3 :	Facteurs d'influences dans le rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de substances.....	43
Tableau 4 :	Les traitements intégrés pour les doubles diagnostics.....	60
Tableau 5 :	Profil sociodémographique des répondants.....	104
Tableau 6 :	Profil de consommation de substances psychoactives.....	108
Tableau 7 :	Synthèse de la compléction du STORI.....	121
Tableau 8 :	Le trouble mental et son rétablissement.....	125
Tableau 9 :	Avantages et désavantages de leur consommation selon les répondants.....	132
Tableau 10 :	Synthèse de la compléction de l'URICA.....	135
Tableau 11 :	Les facteurs positifs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant.....	148
Tableau 12 :	Les facteurs négatifs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant.....	152
Tableau 13 :	Les pôles positifs et négatifs des facteurs de rétablissement identifiés par les répondants.....	158
Tableau 14 :	Le continuum de rétablissement vs le STORI.....	160
Tableau 15 :	Les principaux facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant.....	162

Liste des figures

Figure 1 :	L'approche bioécologique de Bronfenbrenner.....	75
Figure 2 :	Le modèle transtheorique du changement.....	81
Figure 3 :	Modèle exploratoire des facteurs d'influences dans le rétablissement du trouble concomitant.....	84
Figure 4 :	Les facteurs d'influence dans le rétablissement du trouble concomitant—un modèle exploratoire.....	174

Remerciements

Dès mon plus jeune âge, l'idée d'un parcours universitaire m'avait toujours interpellé, mais le choix d'une orientation particulière demeurait un mystère. Plus tard, l'expérience de vie, les intérêts personnels et la maturité ont permis de révéler l'intérêt envers les sciences sociales et la relation d'aide. Toutefois, rien ne pouvait me préparer à la surprise que fut ce parcours, avec ses hauts et ses bas. Sans aucun doute, l'écriture de ce mémoire fut l'une des tâches les plus ardues de ma vie, mais également l'une des plus valorisantes. C'est avec les défis que la vie prend un sens.

Comme pour tous les étudiants, de nombreuses personnes sont au cœur de ma réussite. Premièrement, je ne peux passer sous silence la contribution de mes deux directrices de mémoire Christiane Bergeron-Leclerc et Sandra Juneau. Dès les premiers balbutiements de mon projet, vous m'avez accompagné et dirigé afin de m'aider à demeurer rigoureux et réfléchi dans mes recherches et ma rédaction. Je sais que je n'ai pas été toujours constant dans mes productions, mais malgré tout, vous m'avez accompagné et soutenu jusqu'à la toute fin. Merci énormément.

Ensuite, je me dois de ne pas oublier la contribution des répondants de ce projet. Sans vous, je n'aurais pas été en mesure de mieux comprendre la réalité qu'est de vivre avec un trouble concomitant et ainsi de mieux le documenter. Votre ouverture, votre courage et votre confiance furent une inspiration dans ma recherche. Je ne peux que vous souhaiter de persévirer dans vos démarches personnelles.

Finalement, mes parents et ma sœur, Colombe, Serge et Mary-Ève, qui ont dès le départ cru en moi en m'encourageant et en m'aidant à réaliser un de mes rêves soit celui de terminer mon parcours universitaire. Sans vous, je n'aurais jamais eu la chance de débuter ce chemin. Merci ! Ensuite, ma conjointe, Isabelle, qui a su maintenir ses encouragements réguliers, me procurer réconfort avec ses pensées positives et surtout qui ne s'est pas découragée à la vue de mon propre découragement. Tu as également su rester de marbre devant ma procrastination et mes justifications redondantes en m'ordonnant de persévirer, et pour ce, je te remercie.

Introduction

À l'échelle mondiale, des dix principales causes des années de vie perdues à cause d'une incapacité, quatre sont liées à des troubles mentaux (TM)¹ et le trouble dépressif majeur vient au premier rang (OMS, 2008). En fait, les problématiques de santé mentale représenteraient à elles seules 12% des maladies et blessures (OMS, 2001). Malgré leur importance, les TM ne sont toutefois pas une priorité du point de vue mondial. À cet effet, plus de 40% des pays n'ont aucune politique en matière de santé mentale alors que plus de 30% ne détiennent pas de programmes visant à les traiter (OMS, 2001). Autrement dit, dans plusieurs régions du globe, les TM sont négligés au sein des programmes de santé offerts. De ce fait, l'humanité souffre maintenant d'une augmentation, d'année en année, du poids que cause cette problématique. En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que 450 millions d'individus sur la planète étaient atteints d'un TM (OMS, 2001). En conséquence, l'OMS prévoit qu'en 2020, le fardeau global des TM représentera 15 % de la charge de l'ensemble des maladies, faisant de la dépression la cause première d'invalidité (OMS, 2001).

Sans équivoque, le Canada ne fait pas exception à ces règles et il est lui aussi aux prises avec les difficultés que représente le traitement des TM. Les TM sont aussi à l'origine de grandes souffrances humaines et par conséquent affectent d'une manière directe ou indirecte presque tous les Canadiens d'aujourd'hui (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2016; Lim, Jacobs, Ohinmaa,

¹ Les acronymes TM et TMG seront utilisés afin de ne pas alourdir inutilement le texte pour qualifier les « troubles mentaux » et les « troubles mentaux graves ».

Schopflocher, & Dewa, 2008; MSSS, 2005; Rush, Urbanoski, et al., 2008). En effet, un Canadien sur cinq vivra une problématique de santé mentale au cours de sa vie (Santé Canada, 2002a). En ce qui concerne le Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005) rapporte que le nombre de personnes touchées par un TMG touche environ 2 à 3% de la population.

Avoir un trouble mental s'accompagne souvent d'autres diagnostics ou problématiques associées. En effet, l'omniprésente interrelation entre le TM et le trouble lié à l'utilisation de substance a été largement documentée depuis les 25 dernières années. En fait, il est remarqué que toutes les maladies mentales, incluant les troubles de l'humeur, d'anxiété et de personnalité, sont associées avec une plus grande concomitance d'une problématique relié à l'utilisation de substance comparativement à la population générale (Fleury, Perreault, & Grenier, 2012; INESSS, 2016; Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008; Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990; Teesson, Hall, Lynskey, & Degenhardt, 2000). En fait, plus graves seront les symptômes psychiatriques, plus grand sera le risque de développer un trouble de l'usage d'une substance. Concernant ce dernier, la prévalence à vie est d'environ 50% chez les personnes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire par exemple (Kavanagh et al., 2004; Mueser et al., 1990). Parallèlement, au Québec, il est rapporté que dans les différents milieux de traitement de 33% à 50% de la clientèle psychiatrique serait aux prises avec une problématique relié à l'utilisation de substance (Association des intervenants en dépendance du Québec, 2010; Fleury et al., 2012; Mercier & Beaucage, 1997). Le MSSS (2005) corrobore ces informations et expose,

lui aussi, une forte corrélation entre ces deux problématiques. Il signale que jusqu'à deux tiers des personnes ayant un TM au Québec auraient aussi un trouble de l'usage d'une substance².

Étant donné la complexité qu'apporte la présence de deux problématiques, les troubles concomitants sont associés à de nombreuses difficultés telles que la présence de résistance aux traitements, de faible engagement, de violence, de risque de suicide et de conditions de pauvreté accrus (Gafoor & Rassool, 1998; Regier et al., 1990). Compte tenu de ce qui précède, les nombreuses difficultés et défis que le trouble concomitant apporte autant chez les individus que dans le système de santé québécois justifient de s'y intéresser et de documenter davantage afin de mieux le comprendre, le prévenir et le traiter.

La présente étude s'intéresse ainsi à la coexistence de ces deux problématiques nommées dans la littérature « troubles concomitants » de toxicomanie et de santé mentale. Plus spécifiquement, l'attention sera portée sur le rétablissement des personnes vivant à la fois une problématique en santé mentale et un trouble de l'usage d'une substance. Parce que la concomitance chez un même individu tend, entre autres, à perturber le traitement, à contribuer à une évolution défavorable de la problématique de santé mentale et à retarder par le fait même le rétablissement (Drake et al., 2006), il devient donc important de mieux

² À titre comparatif, selon le portrait publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec en 2002 (Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 2003), 1,5% de la population générale de 15 ans et plus aurait été à risque d'avoir une problématique reliée à l'alcool et 0,8% aux drogues illicites. En même temps, au Canada, la prévalence chez les plus de 15 ans se situait à 2% pour l'alcool et 0,7% pour les drogues (Statistique Canada, 2003).

connaitre ce phénomène afin d'être en mesure de le prévenir. C'est pourquoi la présente recherche a l'intérêt d'observer le parcours d'individus aux prises avec une problématique de santé mentale et un trouble de l'usage d'une substance.

Ce mémoire est divisé en six chapitres. Le premier fait état de la problématique à l'étude ainsi que de l'impact de celle-ci sur la société et les individus atteints. Le deuxième regroupe une recension des écrits sur les différents thèmes reliés à la question de recherche soit les troubles concomitants, le rétablissement en santé mentale et du trouble de l'usage d'une substance, les facteurs en cause dans ce rétablissement, les grands éléments du traitement intégré ainsi que les limites et la pertinence de la recherche. La troisième partie couvre le cadre théorique relatif à l'étude soit l'approche systémique en travail social et le modèle de changement y sont décrits. La quatrième partie aborde la méthodologie relativement aux objectifs de recherche, à la population à l'étude, l'échantillon, la collecte de données, les stratégies d'analyse et les considérations éthiques. La cinquième partie, de son côté, présente les différents résultats de l'étude, pour ensuite, dans le dernier chapitre, les analyser, les discuter et émettre un certain nombre de recommandations concernant la pratique du travail social dans le contexte du trouble concomitant.

Chapitre 1 : Problématique à l'étude

1.1 L'ampleur des troubles mentaux dans la société

Il existe un consensus (OMS, 2000, 2001, 2008, 2011) selon lequel la santé mentale d'une population est non seulement essentielle à sa santé globale, mais aussi à son développement économique, social et humain. Toutefois, les investissements importants indiquent que l'incidence n'a cessé d'augmenter en ce qui concerne le traitement des TM et les problèmes de santé physique qui y sont associés (INESS, 2016; MSSS, 2005; Moodie & Jenkins, 2005). Ainsi, afin de donner une qualité de vie aux personnes aux prises avec des TM, le gouvernement canadien doit, chaque année, investir une grande quantité de temps et d'argent pour des soins de santé spécialisés (Lim et al., 2008). Le fait que 30% de tous les séjours dans les hôpitaux québécois en 2003-2004 étaient associés à un diagnostic de TM et que 37% de la population diagnostiquée d'un TM ayant reçu un congé d'un hôpital soit réadmise dans l'année suivant leur sortie sont simplement quelques exemples témoignant de l'incidence monétaire de cette problématique sur le système de la santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). En conséquence, l'estimation des coûts directs et indirects du fardeau monétaire des problématiques de santé mentale au Canada en 2003, se chiffrait à 51 milliards (Lim et al., 2008). L'OMS (2011) estime que l'impact mondial économique des TM représentera environ 16 300 millions de millions de dollars américains entre 2011 et 2030.

De ces coûts reliés à l'utilisation des services de soins de santé, il est important de considérer ceux reliés à l'absentéisme au travail ou simplement à la perte de main d'œuvre due à la maladie. En ce sens, dans les trois dernières décennies, plusieurs études se sont

intéressées à l'emploi chez les personnes atteintes d'un TM. Les données du National Health Interview Survey Disability Supplement (NHIS-DS) et de l'Health Care for Communities Study (HCCS) indiquent que les personnes ayant des TM auraient de trois à cinq fois plus de chance d'être sans emploi comparativement aux personnes sans TM (Burke-Miller et al., 2006). Notamment, aux États-Unis, on mentionne que de 70% à 85% des personnes ayant des TM seraient sans emploi (Tsang, Lam, Ng, & Leung, 2000). Au Canada, la perte de productivité relative à la santé mentale dans les milieux de travail équivaudrait à environ 14% des bénéfices annuels nets des sociétés canadiennes, soit 16 milliards de dollars par an (Santé Canada, 2002a).

Toutefois, il est important de mentionner qu'il existe plusieurs manières de définir et de mesurer le réel fardeau économique des TM et que plusieurs secteurs ne sont pas encore couverts par ces estimations (Lim et al., 2008). Dans ces calculs, ne sont pas comptabilisés par exemple, les coûts engendrés par les consultations tardives ou même l'absence de consultation qui sont tous deux reliés, d'une part, à la stigmatisation associée aux troubles mentaux et d'autre part, à l'aggravation de la durée et de la sévérité des problématiques (Lim et al., 2008). Quoi qu'il en soit, ces quelques données sur l'incidence des TM dans la société ne représentent que la pointe de l'iceberg concernant les besoins relatifs aux problématiques de santé mentale et surtout, n'incluent pas non plus les coûts relatifs aux soins engendrés par la présence de concomitance chez les patients, phénomène à l'étude dans cette recherche.

1.2 L'ampleur des troubles concomitants dans la société

C'est au début des années 80 qu'une conscientisation autour du phénomène de la concomitance entre les problématiques de santé mentale et le trouble de l'usage d'une substance a graduellement émergé. Les chercheurs, alors conscients du phénomène en constante augmentation et de la fréquence élevée de la consommation de drogue et d'alcool chez les personnes ayant des TM, ont voulu dresser un portrait de cette population. Dès lors, de nombreuses études ont démontré que les personnes atteintes de TM étaient plus à risque de développer une problématique de consommation de drogue ou d'alcool comparativement à la population générale (Drake & Mueser, 2000; Mueser et al., 1990; Test, Wallisch, Allness, & Ripp, 1989). L'Epidemiologic Catchment Area (ECA) (Regier et al., 1990) et le National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al., 1994) ont ainsi été les premières études épidémiologiques majeures en Amérique du Nord à démontrer une prévalence des troubles concomitants chez les personnes ayant des TM. Ces études ont alors affirmé une prévalence à vie de concomitance du trouble de l'usage d'une substance d'environ 29% pour la population présentant un TM aux États-Unis (Regier et al., 1990).

Plus récemment, il fut estimé, toujours aux États-Unis, qu'environ 33,2 millions d'adultes (18 ans et plus) étaient à la fois atteints d'un TM et consommaient des drogues illicites. Plus précisément, approximativement 4 millions d'adultes américains souffriraient d'un trouble concomitant (Epstein, Barker, Vorburger, & Murtha, 2004). Par ailleurs, les adultes qui consomment des drogues illicites aux États-Unis seraient trois fois

plus susceptibles d'être atteints d'un TMG en comparaison de ceux qui n'en consomment pas (Epstein et al., 2004). En ce qui concerne le Canada, les troubles concomitants auraient touché en 2002 1,7% des Canadiens soit environ 450 000 individus (Rush, Urbanoski, et al., 2008). Au Québec, chez les personnes ayant au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, 3,8% étaient également diagnostiqués d'un trouble lié à l'alcool alors que ce taux est de 1,3% dans la population générale (Lim et al., 2008; Rush, Urbanoski, et al., 2008). Donc, les Québécois ayant été diagnostiqués d'un trouble de l'humeur ou anxieux semblent être plus susceptibles d'utiliser des substances psychoactives. À titre d'exemple, en ce qui concerne le trouble de l'humeur, 26% disent avoir utilisé du cannabis dans les douze derniers mois (comparativement à 12% pour la population générale). Quant au trouble anxieux, 18% mentionnent avoir consommé du cannabis dans les douze derniers mois (Kairouz et al., 2008). En résumé, il est estimé que la consommation de substances psychoactives était cinq fois plus élevée chez les Québécois atteints d'un TM (Kairouz et al., 2008). Le MSSS (2007) corrobore ces observations en mentionnant que les deux tiers des personnes atteintes d'un TMG auraient également une problématique reliée à la consommation. Sans avoir de données spécifiques pour le Québec, les prévalences estimées de la concomitance dans la population générale pour les problématiques reliées à l'alcool et aux drogues seraient de 1,0% et de 0,6% respectivement (Rush, Urbanoski, et al., 2008). À cet égard, l'ampleur du trouble de l'usage d'une substance chez les personnes ayant des TM serait considérée comme étant jusqu'à 50% des cas (Drake, Wallach, Alverson, & Mueser, 2002; Fleury et al., 2012; Mercier & Beauchage, 1997). Ces données mènent alors à divers constats. Tout d'abord, une prévalence plus importante est

perçue dans la population générale relativement à la concomitance et malgré leur fréquence plus élevée, ces problématiques demeurent souvent non traitées. Ensuite, la prévalence est directement reliée à la sévérité du trouble de l'usage d'une substance et finalement que les troubles concomitants augmentent d'une façon importante la probabilité d'une hospitalisation (Sacks & Ries, 2005).

1.3 Les facteurs de risques et les répercussions de la concomitance

À la lumière de ces données, les troubles concomitants ne peuvent de toute évidence plus être considérés comme des exceptions, ni dans la population générale, ni dans les centres de traitement en dépendances et en santé mentale. Au contraire, il est même admis que les problématiques multiples sont la norme lorsqu'une personne présente un trouble de l'usage d'une substance (Demetrovics, 2009; Regier et al., 1993; Rush, 2004; Thylstrup & Johansen, 2009) et par conséquent, cette concomitance engendre de nombreuses complications dans la prise en charge de ces individus. Parmi les nombreuses complications reliées à l'intervention, la documentation fait état d'une plus grande probabilité : a) d'être hospitalisé (Haywood et al., 1995); b) de vivre des rechutes (Landry et al., 2001; Swofford et al., 1996); c) de vivre dans des conditions de pauvreté (Caton et al., 1994); d) de contracter des infections transmises sexuellement et par le sang tel que l'hépatite C et le VIH/Sida (Rosenberg et al., 2001) et e) d'être moins satisfaits de ses relations familiales (Dixon et al., 1995). Également, la consommation d'alcool ou de drogue chez une personne ayant un TM peut venir accentuer ou masquer les problèmes de santé mentale et peut par le fait même diminuer l'efficacité de la médication ou donner

une fausse impression de « soulagement » pouvant éloigner les personnes des traitements (Skinner et al., 2004). En somme, le trouble de l'usage d'une substance pourrait précipiter l'apparition d'un TM chez des individus à risque (Grella, 2003) agissant en quelque sorte comme un élément déclencheur tel un catalyseur. Il est à noter cependant que chez les personnes ayant un trouble concomitant, il est difficile de savoir si l'abus d'une substance a précédé l'apparition du TM ou vice-versa. À la vue de toutes ces informations, cette population demeure fragile, difficile à rejoindre et à servir à travers les structures traditionnelles de services de santé et de services sociaux. En occurrence, plusieurs quittent les traitements prématûrement et ont de la difficulté à s'engager dans un processus de changement ainsi qu'à établir une alliance thérapeutique nécessaire aux traitements (Nadeau, 2001). Ainsi, le besoin est de fournir des services adaptés et « intégrés » sur une longue période (Drake, 2005) où l'intervention pour le trouble de l'usage d'une substance est traitée conjointement à celle concernant la santé mentale (Drake, McHugo, & Noordsy, 1993; Drake et al., 2006; Minkoff, 1989)³.

Parallèlement aux multiples conséquences et complications énumérées précédemment, des interrogations peuvent surgir sur les raisons de la concomitance entre les TM et le trouble de l'usage d'une substance. Qu'est-ce qui fait que les personnes ayant un TM sont davantage attirées vers la consommation ? Quels bénéfices en retirent-elles ? Et pourquoi cette concomitance est-elle aussi probable ? Ce qui est remarqué c'est que

³ Notons que le traitement intégré et ses diverses composantes sont plus amplement abordés dans le deuxième chapitre de ce mémoire.

plusieurs situations peuvent propulser une personne vers le trouble concomitant. Autrement dit, la concomitance ne sera pas issue d'une même et unique cause. Bien entendu, plusieurs hypothèses ont été explorées dans les vingt dernières années afin de mieux comprendre cette corrélation (Brochu & Mercier, 1992; Hood, Mangham, McGuire, & Leigh, 1996; Lehman, Myers, & Corty, 1989; Moreira, Malo, & Cousineau, 1991; Scaccia, 1991). Selon les écrits consultés concernant les troubles concomitants, quatre modèles⁴ (Mueser, Drake, & Wallach, 1998; O'Grady & Skinner, 2007) ont été retenus à titre d'exemple afin d'expliquer la survenue de la concomitance chez l'individu, soit : a) un trouble lié à la substance secondaire au trouble mental; b) un trouble mental secondaire au trouble lié à la substance; c) la présence de facteurs communs sous-jacents aux deux troubles ou d) aucune relation entre l'apparition des troubles.

L'hypothèse de « l'auto-traitement » a également été fortement étudiée dans les dernières années par plusieurs chercheurs (Acier, Nadeau, & Landry, 2007; Fillion-Bilodeau, Nadeau, & Landry, 2012; Khantzian, 1985; Robinson, Sareen, Cox, & Bolton, 2009). Cette hypothèse stipule que les personnes ayant des troubles mentaux consommeraient des substances dans le but de réduire les impacts des symptômes désagréables, tels que ceux associés à la psychose par exemple (Drake et al., 2002). En plus de ces différents modèles, il importe de considérer deux autres aspects c'est-à-dire que dans plusieurs cas : a) il est probable que le processus à l'origine du trouble

⁴ Tous les troubles, autant trouble mental ou trouble lié à une substance, exprimés dans ces hypothèses peuvent être autant au singulier qu'au pluriel.

concomitant ne soit pas le même que pour le maintien de la problématique et b) que ces différents modèles ne sont pas mutuellement exclusifs (Beaumont et al., 2005; Demetrovics, 2009; Fillion-Bilodeau et al., 2012). En effet, aucune hypothèse ne peut expliquer à elle seule la forte corrélation existant entre les TM et le trouble de l'usage d'une substance étant donné la complexité du phénomène et l'ampleur des modèles pouvant s'appliquer à un seul individu (Lecomte & Leclerc, 2006). Autrement dit, selon nous, une hypothèse multifactorielle semble être la meilleure façon d'expliquer la présence de concomitance chez un même individu.

Malgré tout, pour plusieurs personnes ayant soit un TM ou un trouble de l'usage d'une substance, une amélioration de leur condition, une rémission de leurs symptômes et un rétablissement⁵ global de leur qualité de vie est possible (McGlashan, 1988; Vaillant, 1995). C'est ainsi que de nombreuses personnes ayant un trouble concomitant sont en mesure d'améliorer leur qualité de vie et d'apprendre à vivre avec la maladie sans consommation problématique (Skinner et al., 2004). Le Mental Health Reform (2002) en Ontario abonde dans le même sens et mentionne qu'« [...] avec les traitements et les moyens de soutien nécessaires en place, les personnes atteintes de maladies mentales ou de toxicomanie peuvent prendre leur vie en main, se fixer de nouveaux buts, avoir de nouvelles aspirations et contribuer de manière productive à la société » [Traduction libre, p.21]. À cet égard, elles s'engageront dans un processus de « rétablissement ».

⁵ Hormis les parties couvrant la santé mentale et la dépendance séparément, le terme « rétablissement » dans cette recherche réfère au rétablissement du trouble concomitant.

Globalement, le rétablissement fait référence à l'expérience profonde et intimement personnelle des personnes aux prises avec la maladie que ce soit un TM ou un trouble de l'usage d'une substance. Cette expérience permettra de donner un sens à leur vie, à leurs souffrances, à leur maladie ainsi qu'une façon de vivre une vie satisfaisante malgré les contraintes liées à leur condition (Anthony, 1993; Davidson & White, 2007). En outre, au-delà de s'intéresser au trouble concomitant et de ses impacts sur les personnes, cette recherche s'intéresse d'abord au processus de rétablissement des personnes qui vivent avec cette double problématique. Plus spécifiquement, cette étude vise à répondre à la question suivante : comment peut-on expliquer le processus de rétablissement d'une personne aux prises avec un trouble concomitant et par le fait même, quels facteurs l'influenceront ?

Chapitre 2 : recension des écrits

Afin de mieux comprendre ce que représente le trouble concomitant et dans le cas présent, son rétablissement, il est important d'analyser et de décortiquer ce sujet. Ce deuxième chapitre a comme objectif de recenser les différents écrits relatifs au trouble concomitant. Divisé en quatre sections, il sera premièrement question du trouble concomitant et de ses différentes composantes. Étant donné que le trouble concomitant est associé à la présence de deux problématiques distinctes, cette première section aborde chaque problématique séparément (TM et trouble lié à l'utilisation de substances). D'abord, la problématique en soi sera abordée dans son ensemble, pour ensuite examiner son rétablissement et les facteurs associés à celui-ci. Cette façon de faire permet au lecteur de mieux saisir la réalité de chaque problématique pour ensuite l'aider à comprendre le défi que peut représenter le rétablissement simultané de deux problématiques chez une même personne. Deuxièmement, sont examinés les meilleurs traitements relatifs à cette problématique, autrement dit les traitements intégrés. Enfin, les troisième et quatrième sections abordent les forces et limites des études consultées, de même que la pertinence de cette recherche.

2.1 Les troubles concomitants

Dans la littérature, plusieurs expressions sont utilisées afin de représenter la présence simultanée, chez un même individu, d'un TM et d'un trouble de l'usage d'une substance (ex. : alcool, drogues) soit par exemple « double diagnostic », « comorbidité », « troubles comorbides », « troubles concomitants » et « concomitance ». Toutefois, parmi

tous ces termes, Santé Canada (2002b) retient le « trouble concomitant⁶» compte tenu du fait qu'il rend mieux compte de la complexité du phénomène et se distingue d'autres types de doubles diagnostics possible. À l'instar de Santé Canada, nous retiendrons également cette expression dans cette recherche.

De ce fait, Santé Canada (2002b) définit les troubles concomitants en référence aux individus qui « vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives » (p.V). Plus spécifiquement, les troubles concomitants se rapportent à « une association de troubles mentaux et de troubles liés aux substances, définie par exemple selon l'Axe 1 et l'Axe 2 du DSM-IV-TR » (Santé Canada, 2002b, p. V) Afin de mieux comprendre la conception du trouble concomitant, nous exposerons les définitions de trouble mental, de trouble lié à l'utilisation de substances et de trouble concomitant.

Au sein de la littérature, il existe plusieurs façons de définir ce que sont les troubles mentaux. Dans le DSM-5 (APA, 2013), le TM est défini comme étant « un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous tendant le fonctionnement mental » (APA, 2013 p.4). Le DSM-5 ajoute aussi que les TM sont plus souvent qu'autrement associés à une détresse importante et une altération

⁶ Il est à noter que l'expression « concomitance » sera aussi utilisée afin d'alléger le texte.

des activités de la personne. Cette définition n'inclue toutefois pas la détresse issue d'un facteur de stress normal et attendue comme par exemple le décès d'un proche (APA, 2013).

Afin de bien comprendre le trouble concomitant, il est aussi important de comprendre concrètement ce que signifie la problématique de consommation cliniquement parlant. Selon le DSM-5, les troubles liés à une substance sont divisés en deux catégories soit les troubles liés à l'utilisation d'une substance et les troubles induits par une substance (intoxication, sevrage, délirium, démence) (APA, 2013). Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons à la première catégorie de troubles soit aux troubles portant sur l'utilisation d'une substance. Les troubles liés à l'utilisation d'une substance sont alors regroupés selon dix classes séparées de substances : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants, tabac et substances autres (substances inconnues). L'évolution de la problématique, se caractérise sur un continuum allant de sévère à léger, tout dépendant du nombre de critères diagnostiques que la personne rencontre. Le DSM-5 exige ainsi la présence d'au moins deux symptômes sur une liste de onze afin de considérer chez la personne un trouble léger lié à l'utilisation d'une substance. La sévérité de la problématique pourra alors être considérée comme moyenne s'il y a présence de quatre à cinq symptômes. S'il y a présence de plus de six symptômes, le trouble lié à l'utilisation de substance sera alors considéré comme grave. Comparativement à la version précédente (DSM-IV-TR), le DSM-5 ajoute le terme *craving* ou le désir irrésistible de consommer

une substance, à la liste des critères. À des fins pratiques et de synthèse, nous ne rapporterons pas tous les critères cliniques des différentes catégories de substances dans ce chapitre. Toutefois, à titre d'exemple, les critères des manifestations du DSM-5 quant au trouble d'utilisation de l'alcool et du cannabis seront résumés dans le Tableau 1. De plus, étant donné que les critères de chacune des substances sont très similaires dans le DSM-5, nous avons alors retenu seulement l'alcool et le cannabis qui représentent les substances les plus consommées parmi les répondants à cette étude.

Tableau 1

Les critères des troubles liés à l'alcool et au cannabis selon le DSM-5

Trouble lié à l'alcool	Trouble lié au cannabis
<p>Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu. 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool. 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool ou à récupérer de ses effets. 4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool. 5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison. 6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par l'effet de l'alcool. 7. Des activités sociales, professionnelles, ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool. 8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux. 	<p>Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu. 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis. 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis. 4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis. 5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison. 6. Usage du cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis. 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis. 8. Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.

Tableau 1

Les critères du trouble lié à l'alcool et au cannabis selon le DSM-V (suite)

Trouble lié à l'alcool (suite)	Trouble lié au cannabis (suite)
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.	1. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :	2. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
a. Besoin de quantités notamment plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.	a. Besoin de quantités notamment plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
b. Effet notamment diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.	b. Effet notamment diminué en cas de l'usage continu de la même quantité de cannabis.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :	3. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
a. Syndrome de sevrage caractérisé de l'alcool.	a. Syndrome de sevrage caractérisé par le cannabis.
b. L'alcool est pris pour soulager ou éviter les symptômes du sevrage	b. Le cannabis est pris pour soulager ou éviter les symptômes du sevrage
Sévérités :	Sévérités :
1. Léger : présence de 2-3 symptômes.	1. Léger : présence de 2-3 symptômes.
2. Moyen : présence de 4-5 symptômes.	2. Moyen : présence de 4-5 symptômes.
3. Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.	3. Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Ainsi, la personne atteinte d'un trouble concomitant satisfera les critères diagnostiques suffisamment nombreux pour répondre aux seuils définis d'une ou de plusieurs substances selon le DSM-5 ainsi que ceux pour un TM. Il est noté que le trouble concomitant peut être la représentation de plusieurs troubles mentaux et d'une seule

substance ou vice-versa. Bref, il existe autant de possibilités que de troubles mentaux et de substances (Fillion-Bilodeau et al., 2012).

En conséquence, parce qu'autant le TM que le trouble de l'usage d'une substance sont complexes, il est important d'analyser chacune de ces deux problématiques individuellement. C'est pourquoi la prochaine section présente le rétablissement de chacune des problématiques inhérentes au trouble concomitant en ce qui a trait à leur processus de rétablissement et aux facteurs qui y sont reliés.

2.2 Le rétablissement d'un trouble mental

C'est vers la fin des années 60 que le terme « rétablissement » est graduellement apparu dans la littérature, et ce, avec la publication de différentes études, dont l'International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) subventionnée en partie par l'OMS (Davidson, Borg, et al., 2005). Ayant comme objectifs d'amasser des données concernant l'épidémiologie des troubles mentaux et de décrire les retombées des psychoses chez les individus atteints (Leff, Sartorius, Jablensky, Korten, & Ernberg, 1992), les résultats de ces études ont permis de mettre en lumière dans les années 70 une disparité importante quant au rétablissement des personnes ayant des TMG (Davidson, Borg, et al., 2005). Sans démontrer clairement des facteurs facilitant ou entravant le rétablissement, elles ont mises en lumière que les personnes atteintes de schizophrénie pouvaient se rétablir. En ce sens, ces études ont été très importantes puisqu'elles ont permis de remettre en cause le paradigme Kraepelinien percevant la schizophrénie, entre autres, comme une maladie

débilitante, chronique et incurable menant inévitablement à une mort précoce. Ainsi, l'étiquette que fournissait un diagnostic donnait l'impression aux usagers d'être condamnés à vivre une vie misérable, absente de convalescence. Cependant, plusieurs personnes arrivaient à combattre les difficultés reliées à la maladie et à vivre une vie satisfaisante malgré les contraintes associées (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Davidson, Borg, et al., 2005). Il est à noter que dans ces études, la définition du rétablissement d'un TM était associée à la guérison : soit une absence des symptômes et des handicaps associés à la maladie ainsi qu'une capacité pour l'individu de fonctionner de manière autonome (Davidson, Borg, et al., 2005).

Parallèlement à ces recherches, au milieu des années 70, une autre définition du rétablissement a émergé, mais cette fois-ci des usagers des services en santé mentale. Issu principalement des mouvements des homosexuels, des noirs et des femmes, caractéristiques des années 70 aux États-Unis, le mouvement d'utilisateurs et d'anciens utilisateurs de services psychiatriques a tenté de donner une voix aux individus atteints d'un TM (Chamberlin, 1990). Par conséquent, les expériences des personnes avec un passé psychiatrique ont fourni des preuves quant à un possible rétablissement permettant une croissance et une transformation, et ce, après l'apparition des symptômes de la maladie (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007). Ainsi, plutôt que de percevoir le rétablissement comme une réduction des symptômes et une disparition de la maladie, le rétablissement consistait donc à apprendre à vivre avec la maladie, avec les symptômes et à s'engager à vivre une vie active. Donc, le rétablissement constitue davantage un

processus qu'un résultat à atteindre (Corrigan & Phelan, 2004). Bref, les théories issues des usagers s'étant rétablis forment une grande source de savoirs expérientiels et selon eux, l'approche biomédicale traditionnelle de traitement est inefficace pour favoriser le rétablissement des TM en tenant compte des multiples dimensions qui y sont associées. En contraste avec l'image des personnes utilisatrices fragiles et dépendantes, il est observé une vision du rétablissement qui est empreinte du développement d'une identité et des compétences de l'individu dans un contexte de soutien social et individuel (Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005).

Depuis les 20 dernières années, cette approche de rétablissement des troubles mentaux a généré de nombreuses idées en terme de valeurs, de croyances et de pratiques laissant place à l'émergence de multiples définitions (Onken et al., 2007). Le rétablissement sera décrit par certains auteurs comme un processus : a) non linéaire, impliquant des progrès et des rechutes (Anthony, 1993; Crowley, 2000; Kramer, 2002; Ralph, 2000; Tooth, Kalyanasundaram, & Glover, 1997) et b) dans lequel un individu confrontera ses difficultés en utilisant une combinaison unique de forces, de vulnérabilités et de ressources disponibles (Crowley, 2000; Deegan, 1996; Jacobson & Curtis, 2000; Kramer, 2002; LeCount & Koberstein, 2000; Tooth et al., 1997). À travers les écrits sur le rétablissement, certains théoriciens ou cliniciens porteront davantage leur intérêt sur les capacités de la personne à surmonter les symptômes ou sur les défis associés au rétablissement des TM (Harding & Zahniser, 1994; Jacobson & Greenley, 2001; Kramer, 2002) alors que d'autres s'intéresseront davantage aux impacts de ladite problématique

(Lapsley, Nikora, & Black, 2002). Par le fait même, pour plusieurs, le rétablissement est une notion concrète et observable qui se traduit par une baisse de symptômes et des hospitalisations associées à la maladie. Dans cette optique, le rétablissement survient avec l'aide d'un traitement pharmacologique et d'interventions spécifiques (Lehman & Steinwachs, 1998). Inversement, pour d'autres, le rétablissement sera perçu comme un processus dynamique engendrant des facteurs individuels et environnementaux. En ce sens, le rétablissement sera davantage que l'application de méthodes et d'interventions spécifiques mais un processus pour que l'individu puisse se réapproprier sa vie (Mancini et al., 2005).

Tout compte fait, à travers les dernières décennies, le concept de rétablissement pour les TM a connu plusieurs interprétations et a grandement évolué. Hier, sa définition pouvait être synonyme de guérison et de retour à la vie normale avant l'apparition de la maladie, aujourd'hui, le rétablissement est vu comme moins restrictif, incluant les personnes montrant toujours des symptômes, mais s'adaptant et apprenant à gérer la maladie (Jensen & Wadkins, 2007). C'est pourquoi, dans le cadre de cette recherche, la définition du rétablissement retenue est la suivante : « un parcours de guérison et de transformations permettant à la personne ayant un trouble mental de vivre une vie satisfaisante et significative dans une communauté de son choix, et ce, en faisant les efforts afin d'atteindre son plein potentiel⁷ » [Traduction libre, p.20] (U.S. Department of health and human services, 2006). Néanmoins, ce qui est important de retenir, c'est que le

⁷ Précisons que cette définition est issue d'une délibération de plus 110 experts.

rétablissement est un phénomène multidimensionnel, fluide, non-séquentiel et complexe s'infiltrant dans le contexte de vie de l'individu, dont plusieurs éléments seront davantage individuels et d'autres plus amplement intégrés dans la communauté. Ainsi, en tant que processus multidimensionnel, les éléments du rétablissement impliqueront inévitablement des interactions et des transactions entre l'individu et sa communauté. Ce dernier sera donc confronté à plusieurs défis reliés aux éléments de son rétablissement, le forçant alors à utiliser toutes ses ressources internes et externes afin de naviguer à travers le processus et les handicaps reliés à la maladie (Onken et al., 2007).

2.2.1 Les facteurs liés au rétablissement d'un trouble mental

Afin de mieux comprendre le rétablissement et ce qu'il implique, il est nécessaire à notre avis d'observer les multiples facteurs qui influence ce processus. Le modèle bioécologique (qui sera abordé au chapitre 3) nous apparaît tout désigné pour tenir compte des facteurs individuels et environnementaux et interactionnels qui sont impliqués dans le rétablissement (Onken et al., 2007). Ainsi, avec chaque expérience unique, différents facteurs peuvent entraver le rétablissement tandis que d'autres peuvent faciliter le rétablissement de la personne. Le Tableau 2 fait une synthèse des différents facteurs recensés selon les études consultées et qui sont positivement et négativement associés au rétablissement des personnes atteintes d'un TM. Ces facteurs sont regroupés en trois catégories soient les facteurs individuels, les facteurs environnementaux et les facteurs reliés aux interventions.

Tableau 2

Les facteurs d'influences dans le rétablissement de la santé mentale

	Facteurs individuels	Facteurs environnementaux	Facteurs reliés aux interventions
Positifs	<p>Acceptation : selon des usagers, accepter la maladie et accepter le besoin d'aide est un pas important vers le rétablissement.</p> <p>Auto-détermination : ce facteur repose sur la liberté pour la personne de prendre des décisions simples qui auront des répercussions importantes sur sa vie, par exemple, de décider où vivre ou de comment gérer ses temps libres.</p> <p>Conscientisation et potentialité : l'engagement dans un processus de rétablissement requiert le développement chez l'individu d'une prise de conscience que le changement est possible. En parallèle, cela implique également le besoin pour la personne de vouloir faire les efforts pour y arriver.</p> <p>Engagement dans des activités significatives : le besoin pour les personnes de grandir et se de définir à travers des activités et loisirs fut nommé comme un facteur clé du rétablissement par plusieurs. L'engagement dans de telles activités avait entre autres pour résultat d'augmenter leur estime et leurs capacités interpersonnelles.</p> <p>Espoir : facteur central du rétablissement selon plusieurs, l'espérance fait référence en la capacité pour la personne de croire en une vie meilleure et d'entretenir un espoir de changement. En parallèle, plusieurs répondants ont formulé l'importance de la spiritualité dans leur rétablissement comme porteur d'espérance et de motivation.</p> <p>Prise de pouvoir : le rétablissement est une expression constante de pouvoir et a été décrit comme étant une « manifestation de l'empowerment ».</p>	<p>Intégration sociale : l'habileté pour la personne de participer pleinement dans sa communauté, et ce, en la réintègrant et en se basant sur ses forces.</p> <p>Fonctionnement et rôle social : le soutien par les pairs peut jouer un rôle important dans le rétablissement en faisant la promotion de fonctionnement social positif. En occurrence, s'engager comme pair aidant peut être source de croissance pour l'individu en rétablissement.</p> <p>Opportunités et circonstances sociales : il est nécessaire pour la personne d'avoir recours à des instruments de soutien et des opportunités sociales afin de développer ses capacités.</p> <p>Relations interpersonnelles : les relations interpersonnelles jouent un rôle majeur dans le processus de guérison et de rétablissement, et ce, en prodiguant entre autres soutien et espoir.</p>	<p>Accès à des traitements alternatifs et formels : le bon dosage de la médication et des traitements alternatifs tels le yoga ou l'acupuncture par exemple.</p> <p>Possibilité pour la personne de faire des choix significatifs : il est important pour la personne de pouvoir déterminer ses objectifs de traitements et avec qui elle veut les atteindre.</p>

Tableau 2

Les facteurs d'influences dans le rétablissement de la santé mentale (suite)

	Facteurs individuels	Facteurs environnementaux	Facteurs reliés aux interventions
Positifs (suite)	<p>Raison d'être et signification : dans un certain sens, le rétablissement est dépendant de la capacité pour la personne de trouver un sens et une raison à sa vie.</p> <p>Sens de la cohérence interne : le rétablissement est parfois caractérisé comme étant enraciné dans un sens de cohérence interne, c'est-à-dire une détermination orientée vers des buts.</p>		
Négatifs	<p>Aucun facteur recensé</p>	<p>Expériences traumatiques : des expériences de stigmatisations, d'incompréhension et le sentiment d'être étiqueté ont été rapportés comme étant destructeurs et difficiles pour le rétablissement.</p> <p>Paternalisme : ciblé comme une barrière importante par les usagers, le paternalisme s'agit du peu de place que laisse les membres de la famille et les cliniciens aux décisions importantes que le patient pourrait prendre face à son rétablissement.</p>	<p>Coercition : pouvait être perçue comme négative lorsque les patients avaient à faire face à des traitements forcés et menaçants, enlevant ainsi tout aspect positif au rétablissement.</p> <p>Effets secondaires de la médication : si pour plusieurs la médication est un élément essentiel, pour d'autres, elle représente un obstacle majeur de par les nombreux effets secondaires pouvant survenir.</p> <p>L'attitude du personnel soignant : plusieurs ont rapporté avoir ressenti des préjugés de la part de l'équipe de soin par rapport à leurs chances de rémission et de progrès. D'autres apportaient la relation expert-patient comme contraignante et même parfois humiliante.</p>

Tel que le montre ce tableau plusieurs éléments du rétablissement d'un TM sont reliés à la personne elle-même et sont en quelque sorte issus d'une motivation individuelle (Onken et al., 2007). Premièrement, l'acceptation est un facteur important du rétablissement. Ainsi, selon plusieurs personnes atteintes d'un TM, le rétablissement semble débuter au moment où la personne accepte son état de santé et surtout au moment où elle admet que de l'aide est nécessaire (Young & Ensing, 1999). Or, pour certains individus, demander des services thérapeutiques en lien avec leur maladie est une tâche

extrêmement difficile pour la perte d'indépendance et de contrôle que ce choix peut représenter (Young & Ensing, 1999).

Deuxièmement, parce que c'est l'individu lui-même qui se rétablit et qui doit déterminer ses objectifs et les étapes à suivre pour les atteindre (Cook & Jonika, 2002; Tower, 1994) l'auto-détermination devient alors un facteur important. Étant un droit fondamental pour tout être humain, l'auto-détermination va plus loin que la seule notion de maladie et tend à inclure la liberté pour toutes personnes de produire des actions en lien avec des objectifs de vie personnels (Ahern & Fisher, 1999; Anthony, 2003). En ce sens, plusieurs services orientés vers le rétablissement définissent l'auto-détermination comme le droit pour les personnes d'être libres de tous traitements involontaires, d'être impliquées dans les décisions les concernant et en conséquence d'avoir des rôles significatifs dans la forme, la distribution et l'évaluation du soutien et des services reçus (National Alliance for Self-Determination, 1999).

Troisièmement, s'engager dans le processus du rétablissement requiert chez l'individu de développer une prise de conscience que les changements sont possibles et surtout d'embrasser l'idée qu'un futur peut être différent malgré les difficultés relatives à la maladie (Farkas, Gagne, & Kramer, 2002; Hatfield, 1992; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002; Spaniol, Koehler, & Hutchinson, 1994; Stephenson, 2000; Torrey & Wyzik, 2000). Si présente, cette prise de conscience pourra alors permettre la présence d'une potentialité, soit l'idée que ce que la personne recherche sera atteignable via des

habiletés personnelles à dénicher et des opportunités à changer (Andreasen, Oades, & Caputi, 2003; Jacobson & Greenley, 2001; Townsend, Boyd, & Griffin, 1999).

Quatrièmement, il a été remarqué, dans une étude de Mancini et al. (2005) que l'engagement dans des activités significatives est perçu comme un facteur clé du rétablissement. Que ce soit un emploi, un retour aux études ou le développement de toutes autres compétences, ce facteur représente le besoin pour les individus atteints d'un TM de grandir et de se définir à travers des activités (Mancini et al., 2005). En parallèle, dans une étude de Young et Ensing (1999), ces mêmes activités furent identifiées comme étant bénéfiques dans une meilleure gestion de leur temps et de leur énergie. Non seulement des activités qui leur permettent de se concentrer ailleurs que sur leur condition, mais aussi qui leur procurent des retombées positives telles qu'un sentiment d'efficacité ou une augmentation de leur bien-être.

Cinquièmement, le rétablissement, en tant qu'acte continu d'expression de pouvoir, a été décrit comme étant une « manifestation de l'empowerment » (Jacobson & Curtis, 2000, p.2). Autrement dit, celui-ci implique que les individus rejettent les étiquettes reliées à la maladie psychiatrique et qu'ils regagnent un sens d'intégrité personnel (Onken & Slaten, 2000), et ce, à travers différentes sources de savoir tels l'information, l'éducation et les traitements disponibles (Deegan, 1996). Bref, le rétablissement est un processus où le besoin de la personne est de se réapproprier sa vie (Jacobson & Curtis, 2000). Par contre, sans raison d'être et de vivre, un rétablissement ne

peut être possible, c'est pourquoi ce processus est partiellement dépendant des habiletés de l'individu à trouver et à poursuivre un sens et une raison à sa vie. Ainsi, ces habiletés seront issues des interactions entre les forces internes de l'individu, et ce, dans un environnement offrant soutiens et opportunités (Ahern & Fisher, 1999; Andreasen et al., 2003; Campbell & Schraiber, 1989; Davidson, O'Connell, Tondora, Steaheli, & Evans, 2004; Deegan, 1998; Jacobson & Curtis, 2000; LeCount & Koberstein, 2000; Onken et al., 2002; Tooth et al., 1997). Ainsi, dans une optique de rétablissement comme dans toute autre sphère de la vie, il est commun de voir des personnes atteintes d'un TM s'impliquer dans différentes activités de loisirs ou encore de nature socioprofessionnelle (ex. : études, occuper un emploi, s'impliquer bénévolement, etc.) (Miller, 2000; New Freedom Commission on Mental Heath, 2003; Onken et al., 2002; Townsend et al., 1999).

Sixièmement, le rétablissement est souvent caractérisé comme étant issu d'un sens de cohérence interne, autrement dit, la capacité à faire des choix en lien avec ses valeurs (Spaniol, Gagne, & Koehler, 1999; Walsh, 1999). Le rétablissement naissant des ressources internes et externes de celles qui sont le plus affectées par la maladie, soit l'individu lui-même, sa famille et ses amis (Onken et al., 2007). Ce facteur repose alors sur l'hypothèse que les individus possèdent des compétences nécessaires pour surmonter les défis reliés à leur condition (Chamberlin & Fisher, 2004; Contra Costa County Mental Health Recovery Task Force, 1999; Davidson & Strauss, 1992; Dornan, Felton, & Carpinello, 2000; Harding & Strauss, 1992; Johnson, 2000; Lapsley et al., 2002; Lunt, 2000; Miller, 2000; New Freedom Commission on Mental Heath, 2003; Onken et al.,

2002; Roe & Chopra, 2003). Toutefois, sans la présence de l'espoir chez l'individu et ses proches il demeure difficile pour la personne de persister. En ce sens, l'espoir, autant chez l'individu que chez ses proches, fut identifié comme levier du processus de rétablissement, permettant alors aux personnes d'espérer un futur meilleur (Anthony, 1993; Dornan et al., 2000; Onken et al., 2002; Russinova, 1999; Stephenson, 2000; Torrey & Wyzik, 2000). Il s'agit parfois de l'aspiration à de meilleures conditions, par exemple la réduction des symptômes qui propulse la personne à améliorer sa situation et qui l'incite à faire les efforts nécessaires (Jacobson & Greenley, 2001; Lunt, 2000). Parallèlement, il fut observé chez plusieurs personnes la présence d'une spiritualité comme porteuse d'espoir et de vie meilleure (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005; Young & Ensing, 1999).

Il est à noter qu'aucun facteur négatif relié à l'individu ne fut repéré dans la différente littérature consultée. Néanmoins, l'absence d'un ou de plusieurs facteurs positifs recensés dans le Tableau 2 pourrait être considérée comme étant négatif au rétablissement de la personne. Cependant, tel qu'il sera perçu dans l'exploration du trouble concomitant, la consommation de substance peut être considérée comme un obstacle majeur au rétablissement (Rush, Dennis, Scott, Castel, & Funk, 2008; Urbanoski, Cairney, Bassani, & Rush, 2008). Également, plusieurs études font des liens entre le trouble de personnalité et la difficulté de se rétablir (Rush, Dennis, et al., 2008; Urbanoski et al., 2008). La présente étude est une opportunité d'observer cette hypothèse.

Parce que le rétablissement repose également sur un environnement qui procure opportunités et ressources aux individus (Onken et al., 2007), la deuxième partie du Tableau 2 aborde les différents facteurs en lien avec l'environnement de la personne. Sur le plan des facteurs reliés positivement, en premier lieu se retrouve l'intégration c'est-à-dire l'habileté pour la personne de participer pleinement dans sa communauté en la réintégrant et en se basant sur ses forces. Notons que l'intégration est une facette importante du rétablissement (Johnson, 2000; New Freedom Commission on Mental Health, 2003), elle devient alors nécessaire, autant pour les symptômes psychiatriques faisant partie de la personne que de l'individu faisant partie d'une communauté accueillante (Harding & Zahniser, 1994; Onken et al., 2002). En second lieu, il est important de considérer le soutien des pairs comme rôle important que la personne peut prendre dans la promotion de fonctionnements sociaux positifs (Johnson, 2000; Mead & Copeland, 2000; Ralph, 2000; Townsend et al., 1999). Cela revient à dire qu'au-delà de la maladie ou du statut de « patient », la personne doit pouvoir se sentir valorisée par un rôle qui prend en considération ses habiletés et ses expériences (Campbell & Schraiber, 1989; Deegan, 1998; Fisher, 2004; Ridgway, 2001). Autrement dit, le rétablissement doit ainsi comprendre des implications actives dans des rôles sociaux significatifs (Ahern & Fisher, 1999; Davidson et al., 2004; Kramer, 2002). Ainsi, s'engager dans un rôle de soutien devient pour la personne une conséquence de son propre processus de rétablissement aidant ainsi les autres à maintenir le leur (Ahern & Fisher, 1999; Baxter & Deihl, 1998; Smith, 2000). En conséquence, afin de franchir les étapes nécessaires au minimum de contrôle sur sa vie, la personne doit être en mesure d'user d'éléments pouvant

la soutenir, lui procurer des opportunités et combler ses besoins les plus primaires tels que se loger, se nourrir, se vêtir adéquatement, etc. Il est à noter qu'une fois les besoins primaires comblés, cela permet autant pour la personne que pour les professionnels de se concentrer exclusivement à la construction d'une meilleure qualité de vie (Baxter & Deihl, 1998; Long, 1994). Dans un autre ordre d'idées, plusieurs répondants ont mentionné dans les différentes études que l'espoir de rétablissement pouvait être généré par le soutien et les encouragements de leurs proches. Ces études identifient trois sources de soutien, c'est-à-dire, les membres de la famille et les amis, les cliniciens et les pairs (Mancini et al., 2005; Nordby, Kjønsberg, & Hummelvoll, 2010). Autrement dit, le soutien des autres sous forme de relations interpersonnelles construites sur l'amour, la patience et la confiance est nécessaire au rétablissement dans la mesure où l'individu atteint d'un TM désire construire ces relations et endosser les responsabilités associées au rôle que ces relations prodiguent (Curtis, 1998; Deegan, 1998). Parallèlement, des relations égalitaires et de confiance avec des professionnels de la santé demeurent aussi un aspect important dans le rétablissement (Mancini et al., 2005).

À l'inverse, l'environnement de la personne peut aussi contenir des facteurs négatifs pouvant nuire au rétablissement de la personne. Premièrement, les expériences traumatiques reliées à la condition de santé, plus particulièrement la stigmatisation est considérée comme étant un facteur particulièrement destructeur pour le processus (Davidson, Borg, et al., 2005). La stigmatisation se présente alors comme une barrière importante relativement aux opportunités sociales, soit en empêchant un individu de

posséder par exemple un emploi, un appartement ou d'entretenir dans une relation amoureuse (Beale & Lambric, 1995; Onken et al., 2002). Non seulement considéré comme un phénomène social, la stigmatisation peut aussi être internalisée, compromettant par le fait même l'estime de soi de la personne, la laissant avec l'idée qu'elle mérite moins qu'une autre personne (Markowitz, 2001). Deuxièmement, le paternalisme (comportements observé principalement par les familles et professionnels ou la personne perd son autonomie et sa liberté de choix dans ses décisions) fut ciblé comme étant une barrière importante du rétablissement par tous les répondants d'une étude de Mancini et al. (2005).

Dans la dernière section du Tableau 2, nous observons les facteurs positifs et négatifs en lien avec les interventions. D'une part, l'accès à des traitements formels c'est-à-dire un bon dosage de médicaments et des traitements alternatifs peuvent avoir des impacts significatifs sur le maintien du rétablissement (Mancini et al., 2005). Cependant, mentionnons que l'habileté de pouvoir choisir différentes alternatives et surtout de pouvoir user d'auto-détermination afin de sélectionner une méthode jugée comme efficace par la personne est davantage importante que le traitement lui-même (Mancini et al., 2005). D'autre part, la capacité pour la personne de déterminer comment vivre sa vie, et ce, dans des sphères importantes pour elle, est primordiale pour l'atteinte d'une auto-détermination et ultimement d'un rétablissement (Cook & Jonika, 2002). Toutefois, de vrais choix ne sont pas possibles sans la présence d'options significatives et c'est pourquoi dans un contexte de soins, la personne doit avoir la liberté de désigner ses propres plans

de traitement et surtout de choisir avec qui elle poursuivra ses objectifs de rétablissement (Onken et al., 2007).

En revanche, certains aspects des traitements peuvent nuire au rétablissement et en occurrence trois ont été recensés dans la littérature (Mancini et al., 2005; Onken et al., 2002; Tooth et al., 1997). Tout d'abord, la coercition est déterminée comme étant un facteur des plus néfastes au processus de rétablissement. Parce qu'elle garde les personnes « dépendantes et effrayées », la coercition (ou traitements forcés) a été décrite comme l'une des principales sources de problème qu'ont les personnes avec les professionnels de la santé (Mancini et al., 2005; Tooth et al., 1997). En lien avec ce facteur, l'attitude du personnel soignant peut être considéré parfois comme un obstacle important au rétablissement (Onken et al., 2002; Tooth et al., 1997). En ce sens, tous les répondants d'une étude de Mancini et al. (2005) ont rapporté avoir été jugés par des professionnels de la santé comme étant dysfonctionnels et incapables de développer une vie satisfaisante dans la communauté. Ceux-ci ont également mentionné avoir rencontré des professionnels froids et indifférents jugeant leur valeur à propos de leur état de santé mentale. En terminant, le dernier facteur fait référence aux effets secondaires de la médication. Si pour plusieurs personnes la médication est un soutien essentiel à leur rétablissement, pour d'autres, elle représente la présence d'effets secondaires émotionnels, cognitifs et physiques débilitants. Ainsi, pour plusieurs répondants d'une étude, la médication parfois prescrite à haut dosage ou même imposée contre leur volonté, peut contribuer à les garder

dans un état de confusion les empêchant d'atteindre une stabilité et une lucidité nécessaires à la réussite de leurs objectifs (Mancini et al., 2005).

Cette section a mise en lumière que le processus de rétablissement d'une problématique de santé mentale comporte plusieurs facteurs et surtout que le rétablissement est différent pour chaque personne. Dans ce processus, l'individu rencontrera de nombreux défis imposés par la maladie elle-même, mais aussi par la société, le forçant ainsi à utiliser ses ressources internes et externes afin de naviguer à travers ces éléments du rétablissement. En ce sens, il est important de pouvoir offrir une large quantité de ressources et d'options aux individus en processus de rétablissement, et ce, en tenant compte de leur progression ainsi que de leurs valeurs, leurs préférences et leurs objectifs (Onken et al., 2007). Toutefois, le rétablissement d'un trouble concomitant étant plus complexe, car regroupant deux problématiques à la fois chez un même individu, il est nécessaire d'explorer et de mieux comprendre les défis qu'apportent le trouble lié à l'usage d'une substance. Pour ce faire, la section suivante explore le rétablissement de ce trouble ainsi que les facteurs reliés à un tel processus.

2.3 Le rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance

Les conséquences reliées à un trouble de l'usage d'une substance sont hautement complexes et variées. Elles peuvent toucher différentes sphères de vie : a) biologique (ex : MTS, ITSS) (Rosenberg et al., 2001); b) psychologique (ex : impulsivité ou les envies de consommer) (Laudet, Magura, Vogel, & Knight, 2004; Laudet & White, 2004) et c)

sociale (ex : éloignement des proches, isolement ou perte d'emploi) (Burke-Miller et al., 2006; Dixon et al., 1995; Tsang et al., 2000). Le processus de rétablissement des personnes touche donc différentes sphères de vie et peut s'avérer complexe. Il n'existerait toujours pas de définition universellement acceptée de ce que peut représenter le rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de substance, et ce, autant du point de vue des utilisateurs de services que des cliniciens (Dodge, Krantz, & Kenny, 2010; Laudet, 2007).

De ce fait, plusieurs définitions de ce que peut représenter le rétablissement d'un trouble de l'usage d'une substance ont surgi dans les dernières décennies. Dans les années soixante par exemple, le rétablissement était davantage perçu par le mouvement des Alcooliques Anonymes (A.A.) et leur programme en douze étapes. Pionnier dans le domaine du rétablissement d'une problématique de consommation, leur concept des habitudes de vie en douze étapes devient alors un processus empreint de spiritualité pouvant s'échelonner sur une vie entière et qui ne peut s'atteindre que par une abstinence complète de la consommation (Galanter, 2007). Aujourd'hui, le concept de rétablissement prend différentes formes. Certains auteurs et cliniciens percevront davantage le rétablissement en terme de résultats, de performance et de qualité (McLellan, Chalk, & Bartlett, 2007) tandis que d'autres le mesureront en intégrant par exemple des éléments tels la santé physique, la santé mentale, la famille, les relations sociales, la stabilité résidentielle, la perception des soins reçus, l'accessibilité ainsi que les champs de la mémoire (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). À défaut d'avoir une définition officielle, les critères du DSM-5 pourraient être utilisés comme

barème afin de situer les personnes dans leur rétablissement. Par contre, une telle utilisation des critères diagnostics pour jauger le rétablissement ne tient pas compte des facteurs multidimensionnels que le rétablissement peut comporter et ne peut donc pas être retenu (Dodge et al., 2010).

D'un autre côté, du point de vue des personnes ayant un trouble de l'usage d'une substance, le rétablissement est « un processus continu » (Laudet, 2007) où plusieurs tentatives (ex : rechutes et traitements) peuvent être nécessaires avant d'atteindre une rémission complète (Dennis, Scott, Funk, & Foss, 2005; Laudet & White, 2004). Ainsi, se rétablir devient un moyen de « reprendre », de « retrouver » l'ancienne situation ou condition, de s'identifier de nouveau, de sauver les pertes et de récupérer son utilité. Également, selon ce point de vue, le rétablissement est un processus de changement et de croissance dans lequel l'abstinence devient un prérequis. Une abstinence complète de la consommation est alors nécessaire afin d'écartier le style de vie chaotique et les conséquences associées à la problématique. En effet, autant chez les individus en rétablissement et ceux ne l'étant pas, l'abstinence est un signe de rétablissement. Toutefois, si l'abstinence est un élément clé du processus, il est primordial de mentionner que le rétablissement est plus qu'un arrêt de la consommation, il demeure un parcours d'amélioration personnelle et une opportunité d'une meilleure et nouvelle vie (Laudet, 2007). Parallèlement à ces différents points de vue, White (2007) estime que le rétablissement est une expérience dans laquelle les individus, les familles et les communautés touchés par le trouble de l'usage d'une substance utilisent leurs ressources

internes et externes pour volontairement régler la problématique, guérir leurs blessures, contrôler leur vulnérabilité et se forger une vie satisfaisante et significative. Contrairement à la vision traditionnelle se concentrant uniquement sur l'individu lui-même, l'implication des familles et des communautés dans le processus de rétablissement relate l'importance et l'impact que peuvent avoir les relations interpersonnelles sur l'expérience. Cela dit, la vision retenue pour cette étude rejoint ces idées stipulant que le rétablissement d'un trouble de l'usage d'une substance est un processus continu de recherche de soi et d'abstinence où plusieurs facteurs sociaux, individuels et environnementaux auront un rôle à jouer. Toutefois, l'image de la personne en processus de rétablissement est trop souvent perçue comme celle d'une personne « dysfonctionnelle ». Des termes comme « addiction » ou « dépendance » illustrent souvent dans la population générale une perte de contrôle qui contribue à la stigmatisation. Dès lors, une des manières de combattre ce stigma associé au trouble de l'usage d'une substance est de promouvoir le message qu'un rétablissement est possible et réel, donnant alors espoir aux personnes et leur famille, d'informer le public général ainsi que de fournir des attentes et des buts réalistes aux principales parties intéressées (Laudet, 2007).

2.3.1 Les facteurs liés au rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de substance

Malgré le faible consensus existant quant à la définition de ce que représente le rétablissement dans le domaine du trouble de l'usage d'une substance, les programmes de traitement doivent tout de même favoriser positivement le mieux-être de la personne dans

son ensemble (santé physique et mentale) (Laudet, 2008). En effet, les traitements sont entre autres efficaces dans la promotion de la réduction de la consommation et dans l'amélioration du fonctionnement général de l'individu. Cependant, en omettant d'identifier des éléments aidants, les effets de ces mêmes traitements ne dureront qu'une courte période de temps, et ce, même si l'individu termine le programme en temps voulu (Laudet, 2008; Simpson, Joe, & Broome, 2002). À cet égard, il demeure important d'identifier les facteurs qui influenceront positivement ou négativement, les résultats et la viabilité des traitements (Laudet, 2008).

La plupart des études cherchant à identifier les indices du rétablissement se sont intéressées aux facteurs associés aux comportements du trouble de l'usage d'une substance, particulièrement l'abstinence (Laudet, 2008). Toutefois, comme pour le rétablissement des TM, le rétablissement lié à ce trouble est parsemé de facteurs positifs et négatifs influençant le continuum et le maintien de l'abstinence (Nordfjaern, Rundmo, & Hole, 2010) et c'est pourquoi la présente section se veut une recension des multiples facteurs entourant le rétablissement. Le Tableau 3 résume les principaux facteurs individuels, environnementaux et liés à l'intervention issue de cette recension des écrits.

Tableau 3

Les facteurs d'influences dans le rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de substances

	Facteurs individuels	Facteurs environnementaux	Facteurs reliés aux interventions
Positifs	<p>Abstinence : dans un processus de rétablissement, l'abstinence de consommation est sans contredit un facteur très important, et ce, selon plusieurs études.</p> <p>Engagement : il est observé que l'engagement des individus dans les traitements améliore les résultats et par conséquent le rétablissement.</p> <p>Évènements antérieurs : dans une étude, des répondants ont exprimé avoir fait des démarches de réhabilitation à la suite d'une introspection sur leur vie et sur leurs possibilités futures. Dans une autre, le fait de se souvenir du passé et des conséquences négatives de la consommation les pousse à continuer leurs démarches.</p> <p>Motivation : considérée comme un élément clé du traitement psychologique, elle est également un élément central afin de comprendre le rétablissement des personnes aux prises avec une dépendance.</p> <p>Occupation : les loisirs et les intérêts des personnes font partie du rétablissement en tant qu'alternative à la consommation.</p> <p>Stratégie d'adaptation : des stratégies d'adaptation sont nécessaires aux individus en processus de rétablissement afin de contrôler leur consommation et de gérer les situations à risque.</p>	<p>Habitation : avoir un endroit où vivre qui appartient à l'individu est source de stabilité.</p> <p>Relations sociales : se défaire du réseau de consommation et former par le fait même de nouvelles relations tend à maintenir l'abstinence et favoriser le rétablissement.</p> <p>Soutien : dans leurs efforts de rétablissement, des répondants ont exprimé que le soutien de leurs pairs et amis ainsi que de la spiritualité sont des pièces importantes du processus de rétablissement.</p>	<p>Attraction : être en mesure d'identifier et engager les individus dans un stade plus précoce de leur problématique.</p> <p>Évaluation : développer des protocoles de suivi globaux continus centrés sur les familles et basés sur les forces.</p> <p>Planification : axer la planification des traitements sur les choix du client.</p> <p>Durée : mettre l'emphasis sur des services de rétablissement à long terme d'intensité plus faible et axer sur le maintien.</p> <p>Emplacement : étendre les services vers l'environnement naturel et la famille de l'individu.</p> <p>Relation : appliquer un modèle de rétablissement de partenariat patient/professionnel à long terme empreint d'une philosophie du choix pour l'individu et sa famille.</p>

Tableau 3

Les facteurs d'influences dans le rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de substances (suite)

	Facteurs individuels	Facteurs environnementaux	Facteurs reliés aux interventions
Négatifs	<p>États émotionnels négatifs : l'ennui, la solitude ou toutes situations stressantes pourront être une source de rechute.</p>	<p>Situations critiques : des conditions de stress diverses (tentations, augmentations des responsabilités, etc.) sont perçues comme étant des facteurs de rechute importants.</p> <p>Stigmatisation : le jugement d'autrui quant au trouble lié à l'utilisation de substance de substances peut rendre difficile le rétablissement.</p>	<p>Rigidité des programmes : la rigidité de certains programmes peut être considérée comme contraignante, offrant peu de choix et mettant parfois trop de pression de rendement.</p> <p>Rigidité du personnel soignant : le manque d'écoute et de considération de la parole des personnes dans les traitements tend à être néfaste à l'engagement et au rétablissement.</p>

Premièrement, avant d'aborder tout autre facteur relatif au rétablissement d'un trouble de l'usage d'une substance, il est primordial d'observer la contribution de la motivation. Étant considérée comme un élément clé du rétablissement, la motivation de la personne envers les traitements et le changement de comportement a été depuis longtemps reconnue comme facteur pivot dans le rétablissement (De Leon, Melnick, & Kressel, 1997; DiClemente, Bellino, & Neavins, 1999; Drieschner, Lammers, & Van der Staak, 2004; Groshkova, 2010; Rapp, Li, Siegal, & DeLiberty, 2003; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1997). Déjà en 1966, Krause mentionnait qu' étant donné que les patients en psychothérapie ou en service d'aide ne recevaient pas seulement que des traitements, mais devaient aussi s'impliquer dans ceux-ci, leur motivation à participer devenait un facteur vital. Plus tard, Rosenbaum et Horowitz (1983) notaient que la grande majorité du travail du thérapeute était de rechercher un état de motivation et de changement chez le patient, relatant ainsi la grande importance de ce

facteur dans la pratique. Parallèlement, Miller (1985) rapportait qu'un manque approprié de motivation était souvent une raison utilisée afin d'expliquer l'échec pour entrer, continuer, respecter et compléter les traitements chez les individus. Bref, la motivation a fréquemment été décrite comme étant un prérequis aux traitements, sans quoi le thérapeute ne pouvait rien faire pour venir en aide à la personne (Beckman, 1980).

Il y a dans la littérature deux types d'études portant sur l'impact de la motivation dans le domaine des problématiques de consommation: a) celles portant sur la motivation au changement et b) celles portant sur la motivation aux traitements (De Leon, Melnick, Schoket, & Jainchill, 1993; Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997; Simpson, Joe, Rowan-Szal, et al., 1997). Il est à noter que les deux types de motivation sont souvent confondus dans les écrits (DiClemente et al., 1999), ce pour quoi il importe donc de les clarifier. D'un côté, la motivation de la personne envers les traitements a été associée à : a) des alliances thérapeutiques plus solides, (Simpson, Joe, Rowan-Szal, et al., 1997); b) de meilleures perceptions des compétences du thérapeute et du soutien offert par les pairs (Broome, Knight, Hiller, & Simpson, 1997) ainsi que c) un plus grand engagement au traitement (Simpson, Joe, Rowan-Szal, et al., 1997). Notamment, on indique que la motivation aux traitements influencerait la personne à chercher, compléter et respecter les traitements et ainsi s'engager dans des changements durables à long terme (DiClemente et al., 1999). En ce sens, cette motivation serait reliée partiellement aux comportements relatifs aux traitements tels l'adhérence, la conformité ou l'engagement. Encore ici, un « manque de motivation » serait une des raisons les plus fréquemment citées afin de justifier les

rechutes, l'abandon et l'incapacité à s'accommoder aux traitements (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995). Cependant, une composante essentielle des traitements et du rétablissement pour les individus ayant un trouble de l'usage d'une substance demeure la motivation à changer les comportements inadéquats (Breda & Helfinger, 2007). Par ailleurs, afin de mieux comprendre le processus de motivation au changement chez ces personnes, une perspective importante sera abordée plus loin, soit le modèle transtheorique de Prochaska.

Toutefois, les conclusions à propos de la nature précise et les rôles de la motivation dans le processus de recherche, d'engagement et de changement de comportement demeurent inconsistants (Claus, Kindleberger, & Dugan, 2002). La variété des facteurs ayant un impact sur les comportements de changement de cette population diversifiée représente un défi supplémentaire dans les efforts de compréhension des dynamiques de motivation et d'identification d'interventions permettant une amélioration de la motivation, de l'engagement au traitement et ultimement d'un rétablissement durable (Groshkova, 2010). Conséquemment, un des plus importants changements dans la manière de penser des dernières années a été de conceptualiser la motivation comme le produit d'échanges interpersonnels au lieu d'une caractéristique statique de la personne (Miller & Sanchez, 1994). Autrement dit, le contexte et les relations interpersonnelles des individus vont tous deux affecter la motivation (Simoneau & Bergeron, 2002). Cette nouvelle perception de la motivation implique que face à un client peu motivé au changement, le thérapeute est tout de même en mesure de promouvoir des traitements

efficaces, et ce, grâce entre autres à l'influence de sa propre motivation. D'ailleurs, cette vision de la motivation a également favorisé l'émergence de plusieurs études cherchant à mieux comprendre la motivation. Toutefois, cette émergence a aussi vu apparaître différentes définitions, modèles et théories en lien avec la motivation (Simoneau & Bergeron, 2002).

Actuellement, il n'existe pas de consensus scientifique relativement à une définition de la motivation dans le contexte du trouble lié à l'utilisation d'une substance (Groshkova, 2010). Selon Miller et Rollnick (1991), la motivation représente « la probabilité d'engendrer certains comportements [...] la probabilité qu'une personne amorce, continue ou adhère à certaines stratégies de changement » [traduction libre, p.19]. Pour leur part, Vallerand et Thill (1993) décrivent la motivation comme un construit hypothétique impliquant l'utilisation de forces internes (motivation intrinsèque) et externes (motivation extrinsèque) qui engendrent l'initiation, la direction, l'intensité et la persistance d'un comportement. La motivation intrinsèque réfère à « une action accomplie pour la satisfaction inhérente à l'activité elle-même » (Lecavalier, Marcil-Denault, Denis, Maltais, & Mantha, 2002, p.12). Autrement dit, le plaisir ou le défi que représente l'activité permettra à la personne d'expérimenter des sentiments positifs et surtout de stimuler ses capacités personnelles. Inversement, une action accomplie afin de satisfaire un but extérieur ou pour sa valeur instrumentale sera considérée, le produit de la motivation extrinsèque. Sans nécessairement être négative, la motivation extrinsèque servira de levier afin de produire des actions possiblement non intéressantes, mais

éventuellement avantageuses (Lecavalier et al., 2002). Il est à noter que nous retenons ces concepts pour définir la motivation dans la présente étude.

Dans le domaine du rétablissement, la motivation intrinsèque est plus souvent reliée aux changements à long terme comparativement à la motivation extrinsèque (Deci & Ryan, 1985). En guise d'exemple, il a été remarqué qu'offrir à des fumeurs des incitatifs financiers (motivation extrinsèque) pour l'arrêt du tabagisme était moins efficace à court et à long terme que des interventions visant la responsabilisation personnelle (motivation intrinsèque) (Curry, Wagner, & Grothaus, 1991). Dans le même sens, Ryan et al. (1995) observaient que chez des personnes recevant des traitements pour une problématique reliée à l'alcool, la motivation interne était reliée positivement à l'implication et à la persistance aux traitements. Toutefois, même si la motivation intrinsèque apparaît comme plus efficace pour des résultats à long terme, la motivation extrinsèque possède un rôle important et par le fait même semble davantage reliée à l'abstinence à court terme (DiClemente et al., 1999). Quoiqu'il en soit, la relation entre la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque demeure complexe et surtout, le facteur motivation dans le domaine du trouble lié à l'utilisation de substance demeure un phénomène multidimensionnel, incluant entre autres, la perception de la personne en ce qui a trait aux pressions internes et externes (De Leon & Jainchill, 1986). Toujours en lien avec la motivation, un autre facteur très important du rétablissement de la problématique lié à l'utilisation de substance est l'engagement, qui réfère plus précisément à l'implication active de la personne envers le processus de traitement et l'acceptation de leur propre

contribution comme facteur de résolution de la problématique (Hawke, Hennen, & Gallione, 2005). En fait, plusieurs auteurs soulèvent la possibilité qu'un engagement thérapeutique élevé serait significativement associé à des résultats thérapeutiques positifs (Fiorentine & Anglin, 1996, 1997; Nordfjaern et al., 2010; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995). Plus précisément une plus grande rétention envers les traitements (Hser, Grella, Hsieh, & Anglin, 1999; Joe, Simpson, & Broome, 1998; Simpson, 1979, 1981; Simpson et al., 1995) ainsi que des rechutes et des chances de récidive moins grandes (De Leon et al., 1997; Simpson & Joe, 1993). Également, d'autres chercheurs mentionnent que le temps passé en traitement serait le plus important indicateur de résultats post-traitement. Autrement dit, plus une personne passera du temps en traitement, meilleurs seront les résultats et le rétablissement (Ball & Ross, 1991; De Leon, 1985; Hubbard et al., 1989; Simpson, 1981; Simpson, Savage, & Lloyd, 1979; Simpson & Sells, 1982). En ce sens, plus l'implication des personnes augmente, plus les interrelations avec le personnel deviennent positives et en conséquence, empreintes de confiance (Hawke et al., 2005). Bref, les personnes qui participent pleinement au processus thérapeutique développeront des compétences nécessaires au rétablissement, comme une meilleure gestion émotionnelle et compréhension personnelle (Winter, 1999).

Ensuite, pour les autres facteurs reliés positivement au rétablissement d'un trouble de l'usage d'une substance, nous retrouvons les évènements antérieurs positifs (Mitchell et al., 2011) et les souvenirs des conséquences de la consommation (Laudet, Savage, & Mahmood, 2002). Dans une étude de Mitchell et al. (2011), des répondants ont mentionné

être motivés par des traitements à la suite d'un ou de plusieurs évènements de leur vie en particulier les forçant, en quelque sorte, à remettre en cause leur consommation et leur rétablissement. En d'autres termes, la constatation des acquis et des pertes deviennent alors des facteurs d'abstinence et de persévérandce (Laudet et al., 2002). À ce propos, une abstinence de consommation a régulièrement été désignée par différents auteurs comme un facteur facilitant le rétablissement (Laudet, 2007; Laudet et al., 2002; Mitchell et al., 2011). Pour les consommateurs, une vie chaotique et les conséquences reliées à une consommation problématique auront tendance à persister à moins qu'une totale abstinence soit atteinte. En conséquence, les individus avec un long historique de consommation en processus de rétablissement en viendront à la conclusion qu'une abstinence est nécessaire, et ce, avec leur expérience personnelle de rechutes et de tentatives de contrôle de leur consommation (Laudet, 2007). Ensuite, il a été perçu que le rétablissement est aussi relié aux activités et occupations diverses, tels un emploi ou des études. En ce sens, plusieurs répondants d'une étude ont alors rapporté avoir négligé leurs activités et leurs loisirs dus à leur dépendance et à travers le processus de rétablissement, leur centre d'intérêts s'est davantage porté sur les loisirs et les passe-temps que la consommation (Nordfjaern et al., 2010). Finalement, il demeure important pour la personne de contrôler sa consommation et de développer des stratégies d'adaptation. À cet égard, plusieurs personnes en processus de rétablissement ont mentionné avoir développé des habiletés afin d'identifier les situations à risque et, par conséquent, étaient davantage en mesure de gérer ces situations afin d'éviter les rechutes facilitant ainsi leur rétablissement (Nordfjaern et al., 2010). À l'opposé, notre recension des écrits concernant le rétablissement d'un trouble de l'usage

d'une substance a fait resurgir un seul facteur négatif, soit les états émotionnels négatifs. De ce fait, l'exposition à divers états d'esprit, tels l'ennui ou la solitude, pourra provoquer chez l'individu un besoin de consommer, entraîner une rechute et ainsi nuire au rétablissement (Laudet et al., 2004; Laudet & White, 2004).

Le Tableau 3 présente des facteurs environnementaux susceptibles d'entraver ou de stimuler le rétablissement. Tout d'abord, en ce qui a trait aux facteurs positivement reliés au rétablissement, on retrouve le logement de la personne. Par exemple, pour certaines personnes, le fait de pouvoir vivre en appartement en collaboration avec leur établissement de soins leur a permis d'avoir une structure encadrée et ainsi de demeurer abstinences (Nordfjaern et al., 2010). Ensuite, des changements dans le réseau social de la personne sont perçus positivement. Plus précisément, des répondants mentionnent qu'une stratégie importante afin d'éviter les rechutes est de ne plus fréquenter leur ancien réseau de consommation. Ainsi, plusieurs personnes en processus de rétablissement nomment être de nouveau motivées par la rencontre de nouvelles personnes (Nordfjaern et al., 2010). Finalement, le dernier facteur environnemental concerne le soutien octroyé par les pairs. Comme mentionné, le rétablissement est un processus dynamique qui demande de nombreux changements et adaptations de la part de l'individu et c'est pourquoi le soutien social possède de nombreux bénéfices et contribue au rétablissement. En occurrence, à travers les efforts de l'individu, le soutien concédé par les pairs aide à la gestion du stress (Taylor, Aspinwall, & Kaplan, 1996) procure de l'espérance et apporte des stratégies d'adaptation (Laudet et al., 2002). Inversement, deux facteurs, soit les situations

stressantes et la stigmatisation, ont des impacts négatifs sur le rétablissement. Premièrement, dans une étude de Laudet et al. (2004) des répondants ont évoqué que les circonstances externes potentiellement associées avec une rechute peuvent être diverses. Autrement dit, les sources de tentation, de stress ainsi que l'augmentation des responsabilités (ex : prise en charge d'un enfant, problématiques relationnelles, emploi, etc.) sont des exemples de situations pouvant rendre vulnérables les personnes dans leur processus de rétablissement. Deuxièmement, dans une étude de Nordfjaern et al. (2010), une partie des patients rencontrés ont pointé la stigmatisation comme étant un facteur négatif dans leur rétablissement. Ceux-ci ont alors exprimé avoir été perçus négativement par la société en tant qu'anciens consommateurs. D'autres, ont mentionné pour leur part avoir hésité à révéler leur problématique de consommation à leurs amis et collègues de peur de générer des réactions sociales négatives.

Pour la dernière catégorie de facteurs, soit ceux relatifs aux interventions, l'Institut de Médecine de la Caroline du Nord (Stein, 2009), dans un effort d'améliorer les services dédiés aux personnes ayant un trouble de l'usage d'une substance, a identifié différents éléments pouvant avoir un impact positif sur les traitements et le rétablissement. Premièrement, sachant que plusieurs personnes vivant avec la problématique n'accèdent pas aux traitements et ne sont pas en mesure de recevoir des soins, il est donc important de pouvoir rendre accessibles les services, et ce, en modifiant leur emplacement de l'environnement institutionnel à l'environnement des personnes et des familles en développant des services basés sur la communauté, le travail et le milieu de vie.

Deuxièmement, de pouvoir détecter plus rapidement les besoins des personnes et de les intégrer dans un processus de rétablissement est identifié comme un besoin au rétablissement à long terme. Ainsi, l'attraction est identifiée comme l'habileté des traitements et services à identifier et engager les individus et les familles plus tôt dans le traitement. Troisièmement, dans l'objectif de rendre intéressants les traitements et les services fournis à cette population, il est important de bien évaluer les besoins des personnes, et en ce sens, de créer des protocoles de suivi impliquant les familles et les forces des individus en traitement. Par ailleurs, d'axer la planification des traitements sur les choix du client plutôt que sur ceux des professionnels est d'autant plus important afin d'engager les personnes. Quatrièmement, il serait important de diriger l'emphase sur des services de rétablissement à long terme de moins grande intensité (ex : une rencontre par semaine ou par mois) plutôt qu'un modèle d'hospitalisation, et ce, dans le but d'axer les services sur le maintien. Finalement, étant donné le caractère biopsychosocial du trouble de l'usage d'une substance, un modèle de rétablissement de partenariat patient/professionnel à long terme empreint d'une philosophie du choix pour l'individu et sa famille est nécessaire (Stein, 2009). En revanche, deux facteurs négatifs reliés aux interventions ont été repérés : la rigidité des programmes et le manque de souplesse du personnel soignant. De cette façon, des programmes de traitement incapables de faire preuve de flexibilité et offrant peu de choix aux personnes utilisatrices tendent à faire naître de la frustration et du ressentiment chez ses répondants. Non seulement cette rigidité ne facilite en rien le rétablissement et la persévérance des personnes aux traitements, mais contribue également en des abandons précoces. Parallèlement, le personnel peu

empathique, rigide et prenant peu ou pas en considération la parole et les besoins des personnes en traitement, tend à limiter les habiletés des patients à gérer de manière autonome leur traitement et par conséquent influence négativement leur rétablissement (Mitchell et al., 2011).

Sans contredit, le trouble de l'usage d'une substance demeure complexe. Ce phénomène « biopsychosocial » englobe un ensemble de facteurs personnels, biologiques, environnementaux, sociaux et culturels pour former une problématique progressive, chronique et récurrente (Stein, 2009). De plus, la période de rétablissement, période d'efforts intenses et de changements radicaux, demeure pour ces individus une étape de vulnérabilité et de stress où ces différents facteurs contribueront négativement ou positivement sur les résultats et le maintien de l'abstinence. Ainsi, dans la plupart des cas, les personnes en phase de réadaptation auront besoin d'une aide importante dans leur parcours difficile qu'est la réappropriation de leur vie (Feigin & Sapir, 2005). À cet égard, et de plus en plus, l'importance du traitement intégré est reconnu dans le processus de rétablissement des personnes ayant des troubles concomitants (Drake et al., 2001; Drake, Mueser, & Brunette, 2007; Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004). D'ailleurs, il en sera question dans la prochaine section.

2.4 Le traitement intégré pour les personnes ayant un trouble concomitant

Durant les années 80, différents experts ont graduellement reconnu la problématique de consommation abusive chez les personnes avec un TM et ont observé

les impacts de cette « nouvelle population » sur les services (Caton, 1981; Pepper, Kirshner, & Ryglewicz, 1981). Depuis ce temps, cette clientèle représente un défi constant pour les professionnels de la santé étant donné la complexité des liens existants entre les problématiques de santé mentale et le trouble de l'usage d'une substance et la forte présence d'opposition, de violence, de condition de pauvreté et de suicide chez ces individus (Gafoor & Rassool, 1998). À cet égard, trois constats ont émergé. Ainsi, des différents milieux de traitements aux États-Unis soit a) la forte corrélation entre les TM et le trouble de l'usage d'une substance (Regier et al., 1990); b) les nombreuses conséquences qui découlent de cette concomitance et c) la séparation entre les programmes de santé mentale et ceux de toxicomanie rend inefficace le processus d'intervention (Drake et al., 2004; Drake, O'Neal, & Wallach, 2008). En somme, les traitements en parallèle⁸ avaient pour conséquence une fragmentation des services et par le fait même menaient à davantage d'abandons, affectant ainsi le rétablissement des personnes (Ridgely, Osher, Goldman, & Talbott, 1987).

Lorsque cette nouvelle problématique qu'est le trouble concomitant fut décelée dans la population générale et les milieux de traitements, les cliniciens et chercheurs ont tenté de remédier au problème en intégrant diverses interventions traditionnelles de traitement (ex : le programme en douze étapes) aux programmes de santé mentale existants. Toutefois, ne réussissant guère à motiver et engager suffisamment ces personnes

⁸ Par traitements en parallèle, nous faisons références à l'implication, chez un même individu, de plusieurs milieux de traitement en l'absence de coordination générale. Ainsi, chaque milieu procure leurs services indépendamment des services offerts par les autres.

dans les programmes, les résultats de ces premières tentatives furent peu concluants (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, & Bond, 1998). Il était alors nécessaire d'identifier les besoins reliés à l'engagement, la motivation et l'adhérence aux traitements pour cette population. Les programmes développés dans les années 90 ont graduellement tenté d'intégrer ces éléments clés, souvent sous la forme d'un contexte d'équipe de traitement multidisciplinaire (Drake et al., 2004). En conséquence, ces nouveaux traitements plus globaux montrent des résultats positifs, tels entre autres un taux de rémission stable concernant la problématique de dépendance aux substances (Dietrick & Stiepock, 1992; Drake, McHugo, et al., 1993; Durell, Lechtenberg, Corse, & Frances, 1993; Meisler, Blankertz, Santos, & McKay, 1997). L'entretien motivationnel s'est aussi intégré graduellement à ces traitements afin de fournir aux personnes des interventions correspondant à leur progression. Cette approche, permettant entre autres de bâtir une confiance, de conscientiser l'individu et de développer chez lui une estime personnelle favorable au traitement (Carey, 1996; Rollnick & Miller, 2009) permettait alors d'engager plus sérieusement les personnes envers les traitements (Carey, 1996; Mercer-McFadden, Drake, Brown, & Fox, 1997; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003) et de les aider à formuler des objectifs concrets en lien avec leur rétablissement (Miller & Rollnick, 2002). Toutefois, la découverte la plus importante en ce qui a trait au traitement des troubles concomitants dans les études récentes concerne la pertinence et l'efficacité des traitements intégrés pour cette population, soit de l'intervention simultanée en santé mentale ainsi qu'en toxicomanie, et ce, pour un même programme et une même équipe (Aubry, Cousins, LaFerriere, & Wexler, 2003; Baker et al., 2006; Barrowclough et al., 2010; Bellack,

Bennett, Gearon, Brown, & Yang, 2006; Bonsack et al., 2011; Brooks & Penn, 2003; Craig et al., 2008; Daughters et al., 2008; Essock et al., 2006; Gregory et al., 2008; Hernandez-Avila, Modesto-Lowe, Feinn, & Kranzler, 2004; James et al., 2004; Kavanagh, Young, et al., 2004; Kemp, Harris, Vurel, & Sitharthan, 2007; Mangrum, Spence, & Lopez, 2006; Morrissey et al., 2005; Mueser et al., 2013; Petersen et al., 2007; Petrakis et al., 2004; Ries et al., 2004; Sacks, McKendrick, Sacks, Banks, & Harle, 2008; Salloum et al., 2005; Santa Ana, Wulfert, & Nietert, 2007; Schadé et al., 2005; Weiss et al, 2007).

Au Québec, les centres de réadaptation en dépendance (CRD) et les hôpitaux psychiatriques se renvoient couramment le « problème » que représentait cette concomitance chez une population atteinte de problématique de santé mentale. Ce roulement empêchait alors des traitements adéquats chez cette population et dus à leur désorganisation sociale et psychiatrique sévère ainsi que leur faible motivation à l'arrêt des psychotropes, les traitements futurs demeuraient entravés (Vincent, Gagné, & Thérien, 2001). En conséquence, les personnes aux prises avec un trouble concomitant ont longtemps fait les frais d'un système qui traite ces troubles sous deux entités administratives distinctes, percevant ainsi leur problématique comme indépendante l'une de l'autre (L. Nadeau, 2001). Ainsi, le besoin d'offrir à cette population un service adapté, soit le traitement intégré, s'est rapidement positionné comme préoccupation centrale chez les administrateurs, les cliniciens et les chercheurs dans le domaine de la toxicomanie et de la psychiatrie au Canada (Santé Canada, 2002b). Dès lors, deux principes orientent les

traitements des personnes ayant des troubles concomitants (Beaumont et al., 2005; Santé Canada, 2002b).

Le premier principe consiste à adopter une approche simultanée et intégrée des deux problématiques (santé mentale et trouble de l'usage d'une substance) contrairement à une approche divisée ou en parallèle (Dubreil, 2009). Autrement dit, des traitements pour les deux problématiques sont dispensés par une équipe multidisciplinaire, à l'intérieur d'un même programme (Mueser, Noordy, Drake, & Fox, 2003). Cette équipe est chargée d'effectuer un suivi intensif auprès du patient et de sa famille et elle est formée autant en dépendance qu'en santé mentale (Drake et al., 1998). Le deuxième principe réfère au besoin de procéder à une évaluation systématique et précoce de la présence d'un trouble lié à l'utilisation de substance chez une personne consultant pour un TM ou vice-versa permettant ainsi de bien orienter la personne vers le service le plus adéquat pour son rétablissement (Dubreil, 2009). Il est également important d'avoir un plan de traitement adapté aux besoins de chaque client (Dubreil, 2009).

En somme, ces principes forment la base des traitements intégrés. Ayant fait l'objet de nombreuses études, son efficience fut suffisamment justifiée pour démontrer que ce traitement fait maintenant partie des meilleures pratiques dans le domaine des troubles concomitants (Drake, McHugo, et al., 1993; Hjorthøj et al., 2013; Kemp et al., 2007; Madigan et al., 2013; Mangrum et al., 2006; Meisler et al., 1997; Mueser et al., 2013; Sacks et al., 2008; Sacks & Ries, 2005; Schadé et al., 2005). Sans contredit, la

philosophie, les approches et les composantes des traitements intégrés ont continuellement évolué depuis le début des années 1990 et aujourd’hui, ces traitements offrent une flexibilité variable de soins selon les besoins de la personne afin de lui permettre un meilleur rétablissement (Aubry et al., 2003; Barrowclough et al., 2010; Bellack et al., 2006; Drake et al., 1998; Gregory et al., 2008; James et al., 2004; Kavanagh, Young, et al., 2004; Petersen et al., 2007; Petrakis et al., 2004; Ries et al., 2004; Weiss et al., 2007). Le Tableau 4 offre un résumé et une vision en profondeur de ce que peut représenter le traitement intégré pour les troubles concomitants à partir des nombreuses études recensés.

Tableau 4

Les traitements intégrés pour les troubles concomitants

-
- L'individu est admis dans un seul programme qui procure les traitements pour les deux problématiques, soit les TM et la dépendance;
 - Les soins reçus d'une part et d'autres sont octroyés par la même équipe de cliniciens;
 - Les cliniciens sont formés dans le domaine de la santé mentale et de la dépendance aux substances;
 - Des traitements adaptés pour la toxicomanie sont offerts aux patients ayant des TM. Il est à noter que ces traitements adaptés diffèrent de ceux traditionnellement offerts car :
 - Une attention est portée à la réduction de l'anxiété;
 - Une emphase est portée sur la confiance, la compréhension et l'éducation;
 - Une emphase est portée sur la réduction des méfaits plutôt que l'abstinence;
 - Des perspectives de traitements de longue durée sont offert à un rythme lent;
 - Un traitement par étapes avec un entretien motivationnel est proposé;
 - Un soutien est offert de manière constant des cliniciens dans un environnement familial;
 - Des traitements neuroleptiques et pharmacologiques sont adaptés aux besoins du patient.
 - Certains éléments de divers programmes porteront davantage sur la réduction de la consommation dans un contexte de traitement intégré :
 - Groupes d'intervention sur le trouble de l'usage d'une substance ;
 - Évaluations spécialisées sur le trouble de l'usage d'une substance ;
 - Gestion de cas (case management);
 - Interventions individuelles;
 - Soutien à domicile;
 - Encadrement de la médication;
 - Psychoéducation familiale (implication des familles);
 - Réhabilitation psychosociale.
-

Source : Traduction de Drake et al. (1998), p. 3.

2.4.1 L'efficacité du traitement intégré pour les personnes ayant un trouble concomitant

Sans aucun doute pour Drake et al. (2004) que la dépendance aux substances est une condition dévastatrice dans le contexte d'une problématique de santé mentale, et en

ce sens, il est démontré que les traitements intégrés peuvent être efficaces pour plusieurs raisons. Toutefois, afin d'être efficaces, les traitements intégrés requièrent plusieurs caractéristiques thérapeutiques essentielles : ils se doivent d'être complets, intensifs et à long terme. Également, ces traitements doivent porter sur une réduction des conséquences négatives, avoir une base motivationnelle et permettre aussi une disponibilité pour des interventions thérapeutiques multiples. Chacune de ces composantes représente une dimension différente des traitements intégrés et ensemble elles résulteront en des traitements efficaces pour les personnes avec un trouble concomitant (Mueser, Noordsy, et al., 2003). La prochaine section résume chacune de ces composantes.

Pour les personnes ayant un trouble concomitant, les traitements intégrés apparaissent comme singuliers. Autrement dit, par leur approche et leur philosophie, la convergence des soins facilite l'intégration de la personne en évitant que la personne multiplie les contacts avec différentes équipes, dans différents milieux (Drake et al., 2004). Par le fait même, les difficultés reliées au choix du traitement d'une problématique avant l'autre sont réduites du fait que les traitements intégrés considèrent les deux problématiques comme étant primaires (Mueser, Noordsy, et al., 2003).

Comparativement à des approches formulées par deux programmes de traitements différents pour un même individu, la personne en traitement n'a pas besoin d'interagir avec des directives provenant de deux équipes ou programmes différents, souvent dans deux institutions distinctes. Cependant, les traitements intégrés varient grandement en ce

qui concerne leur contenu, leur format, leur durée et leur milieu. Alors, ces soins sont prodigués de manière « verticale », c'est-à-dire, en intégrant des interventions en santé mentale ou en toxicomanie dans le contenu déjà présent ou en intégrant des intervenants de l'autre discipline à l'équipe présente (INESSS, 2016). Malgré leur diversité en ce qui a trait à leurs composantes, les traitements intégrés sont plus efficaces que les traitements usuels se concentrant seulement sur une seule problématique à la fois (INESSS, 2016).

Ces traitements intégrés auraient des impacts sur la réduction de la consommation des individus, voire même, jusqu'à l'abstinence dans certains cas (Barrowclough et al., 2010; Chi, Satre, & Weisner, 2006; Mertens, Flisher, Satre, & Weisner, 2008; Sterling & Weisner, 2005) et ultimement sur le rétablissement (Drake, Yovetich, Bebout, Harris, & McHugo, 1997). Par contre, même si un des buts des traitements intégrés est de réduire la consommation des individus aux prises avec une problématique de santé mentale, les traitements doivent aussi promouvoir un changement de comportement relatif à la consommation.

Parce que le rétablissement est un processus longitudinal dans le contexte d'un changement de style de vie, les traitements intégrés se doivent d'être complets et d'encourager le développement de compétences relatives aux différentes sphères de la vie de la personne. Bref, en travaillant sur l'amélioration des compétences de l'individu, que ce soit à l'égard de sa consommation, sa motivation ou sa qualité de vie, les traitements intégrés tenteront d'augmenter l'espoir de la personne envers la possibilité de réussites

positives et en conséquence, facilitera les futurs efforts à modifier leurs comportements destructeurs (Mueser, Noordsy, et al., 2003).

Également, parce que les personnes aux prises avec un trouble concomitant quittent souvent les traitements dus à leur vie chaotique, leurs difficultés cognitives, leur faible motivation ou même leur manque d'espoir (Miner, Rosenthal, Hellerstein, & Muenz, 1997; Mueser, Noordy, et al., 2003; Swartz et al., 1998), les traitements intégrés se doivent d'être intensifs afin d'accroître l'engagement des personnes les plus résistantes. Une stratégie importante de cette approche est alors de rejoindre les personnes et de prodiguer des services dans leur milieu de vie. Cette manière de faire devient ainsi une opportunité d'obtenir davantage d'informations à propos du fonctionnement quotidien et surtout, à propos des facteurs sociaux et environnementaux pouvant influencer positivement et négativement le trouble concomitant.

En plus de faciliter l'engagement envers les traitements, une approche intensive permet d'évaluer et d'améliorer constamment la progression du trouble concomitant, et ce, en développant les compétences de l'individu (médication, abstinence, etc.) dans son milieu de vie (Mueser, Noordsy, et al., 2003). Sans équivoque, un but important des traitements intégrés demeure évidemment la réduction des conséquences négatives qu'engendrent les troubles concomitants. Les effets d'une consommation non-contrôlée chez une personne ayant une problématique de santé mentale sont tellement dommageables que les méthodes pour réduire les conséquences de cette consommation

doivent être intégrées le plus tôt possible (Mueser, Noordsy, et al., 2003). Étant donné que cette population est réputée pour avoir un manque de motivation face aux traitements et à l'abstinence, cette approche de réduction des conséquences devient alors essentielle afin d'avoir des gains et d'atteindre des résultats thérapeutiques positifs (Denning, 2000; Des Jarlais, 1995; Marlatt, 1998; Mueser, Noordy, et al., 2003). Par ailleurs, parce que chaque personne récupère à son rythme, avec temps et soutien nécessaires, les cliniciens et les chercheurs croient en une perspective à long terme en ce qui concerne le rétablissement d'un trouble concomitant dans le contexte de traitements intégrés. Environ 10 à 20% des personnes atteignent une rémission complète de leur problématique de dépendance en ce qui concerne le traitement intégré, contrairement à 5% pour celles qui utilisent les traitements traditionnels en parallèle (Mueser, Noordsy, et al., 2003).

Cependant, pour que les traitements soient efficaces, ceux-ci doivent être sur une base motivationnelle, c'est-à-dire adaptée à la motivation au changement de la personne. Le concept de stades de traitement est donc central dans les traitements intégrés et apporte une structure pour l'évaluation de l'état motivationnel, pour fixer des objectifs de traitement et pour déterminer l'intervention la plus appropriée selon les besoins et les buts de la personne. Pour être plus précis, les stades de traitement pour les troubles concomitants furent pour la première fois décrits par Osher et Kofoed (1989) qui remarquèrent que cette population en processus de rétablissement progressait à travers quatre étapes : l'engagement, la persuasion, les traitements actifs et la prévention des rechutes. Ainsi, le point le plus important de ces stades est l'apport d'un modèle, d'un

outil, dans le processus de rétablissement afin d'aider les cliniciens à déterminer les différents objectifs et interventions à prioriser selon les progrès de la personne. Cette méthode assure alors des interventions appropriées selon les besoins et la motivation des personnes en évitant les conséquences néfastes d'une tentative précoce de changement de comportement chez un individu non réceptif (Mueser, Noordsy, et al., 2003).

Depuis plusieurs années maintenant, un nombre considérable de recherches ont été accumulées afin de soutenir l'efficacité des programmes de traitements intégrés pour les troubles concomitants. Tout d'abord, en ce qui concerne les bénéfices sur la consommation des personnes présentant un TM, il a été remarqué une plus grande réduction de la fréquence et de la quantité d'alcool (Aubry et al., 2003; Bellack et al., 2006; Gregory et al., 2008; Kemp et al., 2007; Petrakis et al., 2004; Ries et al., 2004; Salloum et al., 2005; Santa Ana et al., 2007), de cannabis (Bellack et al., 2006) et de substances psychoactives consommées (Barrowclough et al., 2010; Bellack et al., 2006; James et al., 2004; Petersen et al., 2007; Santa Ana et al., 2007). En parallèle, plusieurs autres études montrent les retombées positives sur la problématique de consommation (Barrowclough et al., 2001; Carmichael et al., 1998; Detrick & Steipock, 1992; Drake, Bartels, Teague, Noordsy, & Clark, 1993; Drake et al., 1997; Durell et al., 1993; Godley, Hoewing-Roberson, & Godley, 1994; Meisler & Williams, 1998). Globalement, il a été remarqué dans plusieurs études un taux d'abstinence plus élevé et surtout une période d'abstinence plus longue (Barrowclough et al., 2010; Bellack et al., 2006; Hernandez-Avila et al., 2004; Kavanagh, Young, et al., 2004; Salloum et al., 2005; Schadé et al.,

2005; Weiss et al., 2007). Ensuite, deux études ont présenté une plus grande motivation à réduire leur consommation (Barrowclough et al., 2010) et une plus grande confiance dans leur capacité de la réduire (Bellack et al., 2006). En ce qui concerne les bénéfices du traitement intégré sur les symptômes de TM, il a été observé dans un premier temps une plus grande réduction des symptômes psychotiques, dépressifs, anxieux et émotionnels (Baker et al., 2006; S. A. Ball, 2007; Craig et al., 2008; Daughters et al., 2008; Gregory et al., 2008; James et al., 2004; Morrissey et al., 2005; Mueser et al., 2013; Sacks et al., 2008; Schadé et al., 2005; Weiss et al., 2007). Dans un deuxième temps, une plus grande réduction du nombre d'hospitalisations par personne et en conséquence une durée moyenne d'hospitalisation moins longue (Barrowclough et al., 2010; Bellack et al., 2006; Brooks & Penn, 2003; Gregory et al., 2008; James et al., 2004; Mangrum et al., 2006; Petersen et al., 2007). Dans un troisième temps, quelques études rapportent un meilleur fonctionnement psychosocial et global (Baker et al., 2006; Bellack et al., 2006; Mueser et al., 2013). Finalement, une réduction plus importante des coûts et des services offerts à cette population en externe et en interne (Morse et al., 2006). De manière globale, les traitements intégrés révèlent des effets positifs sur différents aspects de cette population, que ce soit le nombre d'arrestations (Bellack et al., 2006; Mangrum et al., 2006), l'amélioration de leur qualité de vie (Aubry et al., 2003; Bellack et al., 2006; Madigan et al., 2013), leur satisfaction envers les traitements (Daughters et al., 2008), l'alliance thérapeutique (S. A. Ball, 2007), leur santé physique (Brooks & Penn, 2003), la qualité de leur sommeil (Hernandez-Avila et al., 2004), leurs finances (Ries et al., 2004) et leur temps passé en logement et non à l'hôpital ou en prison (Sacks et al., 2008). De plus,

comparativement aux programmes à court terme, axé sur une seule problématique générant beaucoup plus d'abandons (Blankertz & Cnaan, 1994; Burnam et al., 1995; Penn & Brooks, 1999; Rehav et al., 1995), les traitements intégrés à long terme ont montré qu'ils sont en mesure d'engager davantage les personnes envers les traitements (Brunette, Drake, Woods, & Hartnett, 2001). En terminant, bon nombre de chercheurs et d'études ont conclu que le traitement intégré est une approche plus efficace pour le rétablissement et la réduction de la consommation que le traitement traditionnel en parallèle (Aubry et al., 2003; Barrowclough et al., 2001; Bonsack et al., 2011; Carmichael et al., 1998; Drake et al., 1997; Godley et al., 1994; James et al., 2004; Kavanagh, Young, et al., 2004; Kemp et al., 2007; Santa Ana et al., 2007).

2.5 Limites des études consultées

Au regard des études empiriques explorées dans cette recension des écrits, des différences sont constatées relativement aux trois types de trajectoires de rétablissements explorées : celui appartenant au TM seulement, celui relatif au trouble de l'usage d'une substance uniquement et celui qui concerne le trouble concomitant. La présence de plusieurs problématiques apporte de nombreux défis additionnels et demande davantage d'efforts de la part de la personne et du réseau de la santé et des services sociaux afin d'atteindre un seuil de stabilité et ultimement un rétablissement adéquat. C'est pourquoi la communauté scientifique s'est abondamment intéressée à ce phénomène de concomitance et par le fait même, ce sujet est aujourd'hui mieux documenté.

Toutefois, dans les études consultées, la grande majorité a été réalisée aux États-Unis et en Europe. Ces pays disposent en général de plus de moyens pour mener des études épidémiologiques ou longitudinales. Au Canada, ce n'est qu'au début du 21^e siècle qu'est apparu des données concernant les troubles concomitants dans un point de vue pancanadien (Rush, Urbanoski, et al., 2008). Par contre, au Québec, c'est vers la fin des années 90 que des études ont commencé à être produites, et ce, en commençant par celles de Mercier et Beaucage (1997). Plus récemment, quelques rapports (Chauvet, Kamgang, Ngamini, & Fleury, 2015; Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015; Fillion-Bilodeau et al., 2012; INESSS, 2016; Rush & Nadeau, 2012) ont émergé faisant le bilan des soins, des services, mais également de la gravité de cette problématique tant au Québec qu'au Canada.

Les études recensées dans ce mémoire nous ont permis de mieux connaître les facteurs impliqués dans le rétablissement d'un trouble mental ou d'un trouble de l'usage d'une substance. Ces études, réalisées pour la plupart aux États-Unis ou en Europe, nous ont permis de construire des tableaux synthèses des facteurs pouvant faciliter ou entraver le rétablissement des personnes ayant soit une problématique de santé mentale ou d'un trouble de l'usage d'une substance et d'avoir un portrait global de la problématique. Toutefois, malgré le fait que le phénomène a fait l'objet de davantage d'attention au Canada, il est à noter qu'aucune n'a figuré parmi ces deux tableaux, car à notre connaissance, aucune ne s'est intéressée aux facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant.

2.6 Pertinence de la recherche

La préoccupation pour les troubles concomitants au Québec ne date pas d'hier. Le Plan d'action en Santé Mentale (PASM) du MSSS en 2005 apportait des suggestions quant aux recours devant être instaurés pour favoriser un travail de coopération entre les secteurs de la santé mentale et celui des troubles de l'usage d'une substance. Le PASM soulignait l'existence d'expériences de travail conjointes entre le secteur de la toxicomanie et celui de la santé mentale qui avaient donné des résultats positifs sur le rétablissement de cette population MSSS, 2005).

Au cœur de cette problématique entourant le trouble concomitant de santé mentale se situent plusieurs constats cliniques, dont l'augmentation de la clientèle ayant des troubles concomitants pour qui les admissions hospitalières se répètent et se prolongent. À titre d'exemple, pour la période allant du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010, les données de l'IUSMQ, provenant du système information des usagers (SIU), ont évalué à 32,5% (283 personnes) le nombre de personnes hospitalisées présentant un trouble de l'usage d'une substance, tous départements confondus⁹. De ces données, des constats importants ont émergé des équipes traitantes : a) la difficulté pour les équipes de soins à l'intérieur de l'IUSMQ de prendre en charge ces personnes avec des troubles concomitants; b) le maintien de leur problématique de consommation pour plusieurs personnes durant et après leur hospitalisation; c) l'augmentation du temps de traitement et de réadaptation pour ces individus; d) l'échec du suivi externe provoquant ainsi une réhospitalisation fréquente; e)

⁹ Période précédant le recrutement des participants à l'étude.

le manque de connaissances, de soutien et de formation face à cette problématique; f) l'utilisation d'approches différentes d'un usager à l'autre, d'une équipe à l'autre; g) le manque de liaison et de concertation avec les partenaires en externe entraînant un taux important de réadmissions et une perte de continuité et h) l'absence de services adaptés pour cette clientèle présentant un TM et une problématique d'un trouble de l'usage d'une substance.

Cette recherche exploratoire avait pour principal objectif de documenter le processus de rétablissement des personnes recevant des services de toxicomanie et de santé mentale à l'IUSMQ. Plus spécifiquement, elle visait à mieux comprendre l'impact des facteurs individuels, environnementaux et liés à l'intervention dans les trajectoires des individus.

Chapitre 3 : Cadre conceptuel

La recension des écrits a mis en évidence le fait que le rétablissement, peu importe le domaine, est un phénomène en constant changement et en constante interaction. Ce processus implique à la fois des facteurs individuels, des facteurs environnementaux et des facteurs d'interaction entre les deux (Onken et al., 2007). Le cadre théorique de cette étude repose à la fois sur l'approche bioécologique (Bronfenbrenner, 1979) et sur le modèle transthéorique du changement (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Ces deux approches se complètent, car elles permettent à la fois d'explorer le processus de rétablissement de la personne et les facteurs d'influence individuels, environnementaux et d'interaction dans ce cheminement.

3.1 L'approche bioécologique et ses fondements

À la base de l'approche bioécologique, on retrouve l'approche écologique apparue pour la première fois en 1979 dans l'ouvrage *The Ecology of Human Development* (Bronfenbrenner, 1979). Celle-ci avait alors été présentée comme un paradigme scientifique axé sur l'étude et la compréhension du développement humain perçu dans un contexte systémique et relationnel. Plus précisément, cette approche provenant de diverses disciplines entre autres de l'écologie, de la théorie générale des systèmes et des théories des organisations, consiste en l'étude de l'interaction entre les êtres vivants et leur milieu de vie ou environnement (Drapeau, 2008). Bref, cette théorie est proposée comme un cadre permettant d'étudier la complexité des interactions existant entre l'individu et les différents systèmes qui l'entourent, de même qu'entre les différents niveaux de système (Carignan, 2011).

À la base, ce paradigme percevait le développement de l'individu et de son environnement en quatre sous-systèmes soit le microsystème, le mésosystème, l'exosystème ainsi que le macrosystème (Carignan, 2011). L'approche écologique est devenue l'approche bioécologique au fil des ans (Lerner, 2005) due à l'addition de la composante individuelle comprenant les dimensions biologiques, psychologiques et comportementales (ontosystème), de même qu'à la considération du principe de temporalité (chronosystème). Afin de mieux comprendre les particularités de chaque système et leur portée dans le développement humain, une définition de chacun d'entre eux nous semble nécessaire.

Premièrement, l'*ontosystème* correspond aux caractéristiques personnelles de l'individu, que ce soit par exemple les valeurs, les habitudes de vie, le bagage génétique, etc. Par ailleurs, Bronfenbrenner et Morris (2006) distinguent trois types de caractéristiques ayant un impact sur le développement de la personne: les caractéristiques personnelles agissant en tant que stimuli sociaux pour les personnes de l'entourage (ex. : sexe, âge, couleur de la peau, etc.), les dispositions personnelles (ex. : curiosité, collaboration, l'impulsivité, l'apathie, etc.) et finalement les ressources individuelles ou par conséquent le manque de ressources (ex. : habiletés, expériences, connaissances, etc.). Deuxièmement, le *microsystème* représente le milieu de vie immédiat fréquenté par la personne et dans lequel elle entretient des contacts et joue un rôle actif. Pour une même personne, il peut exister plusieurs microsystèmes aux caractéristiques différentes qu'il s'agisse de la famille, de l'école, de la garderie, du milieu de travail, des amis, etc.

Troisièmement, le *mésosystème* est caractérisé par l'ensemble des liens qui existent entre les différents microsystèmes d'un individu. Autrement dit, ce système n'est pas considéré comme un lieu, mais plutôt comme l'influence réciproque des divers milieux de vie que la personne fréquente (Drapeau, 2008). Quatrièmement, les *exosystèmes* représentent des milieux non fréquentés par la personne mais qui auront toutefois un impact sur son développement. À titre d'exemple, le gouvernement, la municipalité, etc. Ainsi, les décisions prises dans ces milieux, auxquels l'individu ne participe pas, auront un impact indirect dans le développement humain de la personne sans jamais qu'ils entrent directement en contact (Drapeau, 2008). Cinquièmement, le *macrosystème* renvoie aux valeurs, aux systèmes de croyances ou aux normes caractéristiques d'une société, tels que véhiculés par les sous-systèmes de l'environnement de la personne. Dans une certaine mesure, il est l'empreinte culturelle ou même la toile de fond à la base de l'organisation des institutions d'une société (Drapeau, 2008). Par conséquent, ce système exercera une très grande influence puisqu'il affectera les rôles et les fonctions parentales à l'égard des enfants (Weisner, 2002). Finalement, le *chronosystème* signifie le passage du temps, que ce soit par exemple une période de transition de la vie où une époque où l'individu a vécu (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Le développement humain est un phénomène qui se poursuivra durant toute une vie et qui sera aussi empreint des générations successives (Bronfenbrenner, 2001). La Figure 1 présente les couches systémiques de l'approche bioécologique et leur schème d'interactions.

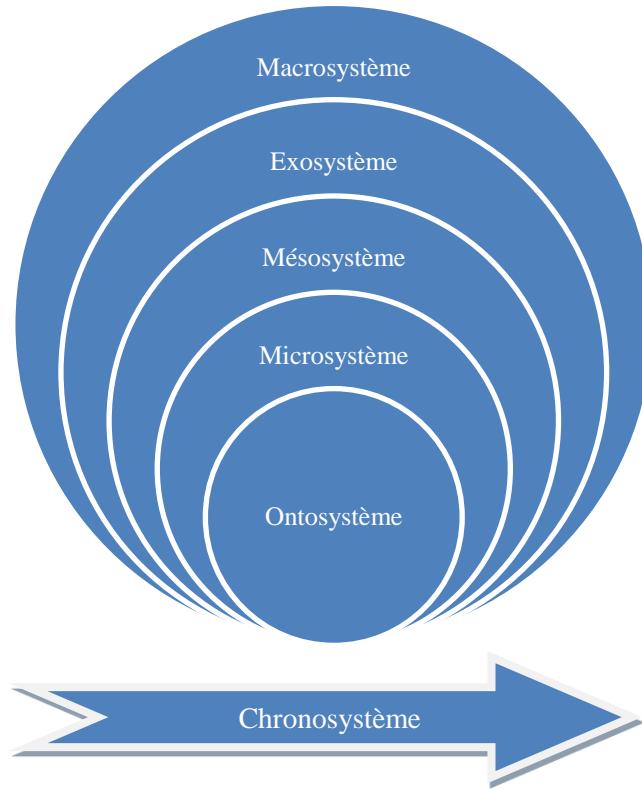


Figure 1. L'approche bioécologique de Bronfenbrenner (1979)

Pour Bronfenbrenner et ses collègues (1979), quatre concepts clés et leurs interactions sont au fondement de l'approche bioécologique. Ainsi, on retrouve le processus, la personne, le contexte et le temps comme éléments nécessaires à la compréhension du développement humain. Tout d'abord, le processus, identifié comme le cœur de l'approche, représente des formes particulières d'interactions entre un organisme et son environnement se réalisant dans le temps. Le processus est alors considéré comme le mécanisme primaire de la production du développement humain. Par la suite, la personne et ses caractéristiques uniques, le contexte immédiat ou éloigné de celle-ci ainsi que la période temporelle (époque, culture) dans lequel la personne évolue

seront d'autres éléments qui influenceront la force du processus et son impact sur le développement (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Bref, l'approche bioécologique est utile pour permettre de comprendre le sens des comportements dans les divers contextes de la vie, car selon ladite approche, tout comportement a un sens dans son contexte (Drapeau, 2008).

Basée sur le postulat évoquant que le comportement humain découle d'une adaptation progressive et mutuelle entre la personne et son environnement (Drapeau, 2008), l'approche bioécologique est un paradigme intéressant pour l'étude des facteurs en cause dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant. L'utilisation de cette approche comme fondement d'analyse permet de ne pas se centrer uniquement sur les capacités ou les incapacités individuelles, mais plutôt sur les multiples éléments qui interagissent dans le développement, l'adaptation ou le maintien des difficultés (Drapeau, 2008). En outre, une contribution importante de cette approche est de considérer à la fois l'environnement immédiat et l'environnement éloigné d'une personne dans l'étude du comportement (Drapeau, 2008). Autrement dit, seront considérés non seulement la famille et les contacts proches de la personne, mais aussi les éléments de la société susceptibles d'affecter la personne dans son développement, et par conséquent, son rétablissement. Dans un sens, cette approche est à la fois sociale, communautaire, familiale et individuelle (Drapeau, 2008). Comme mentionné dans la recension des écrits, le rétablissement, peu importe le domaine, est un phénomène complexe où s'insèrent de multiples facteurs, qu'ils soient individuels ou

environnementaux, c'est pourquoi l'approche bioécologique sera utile afin d'avoir une vision globale des interactions existantes dans le cheminement de la personne. Ainsi, adopter une perspective bioécologique aux situations permet d'élargir son champ de vision afin de cibler les informations qui circulent dans tous les processus relationnels (Balas, 2008). De plus, étant donné que ce modèle nous sensibilise à l'importance d'être attentif à l'influence des différents contextes sociaux, il permettra dès lors d'analyser l'interaction des différents facteurs influençant le rétablissement de l'individu selon une perspective de systèmes dans laquelle les individus cheminent dans leur processus de rétablissement.

3.2 Le modèle transthéorique du changement

Si le modèle bioécologique permet de comprendre les relations entre l'individu et son environnement, le modèle transthéorique de changement permet de mieux comprendre les relations internes de l'individu face aux substances. Ce modèle, relié à la motivation au changement pour tout comportement considéré comme néfaste, permettra de mieux visualiser l'évolution de l'individu à travers son *ontosystème*, c'est-à-dire celui relié aux caractéristiques, aux ressources et aux dispositions personnelles de l'individu.

Comme il a été déjà mentionné, le rôle de la motivation dans le rétablissement a été étudié amplement dans les dernières décennies et par conséquent, une forte conceptualisation du processus de motivation derrière les comportements de changement est apparue graduellement. Comprendre les éléments clés qui promeuvent la motivation à

changer et ultimement et qui soutiennent le rétablissement et la sobriété sont sans contredit des buts communs pour les cliniciens et les chercheurs (Korcha, Polcin, Bond, Lapp, & Galloway, 2011). De ce fait, en 1982, Prochaska et DiClemente présentaient un modèle, dit transthéorique, afin de mieux comprendre le processus de changement de comportement et de motivation au changement dans le domaine des dépendances. Ayant eu beaucoup d'impact sur la pratique et la recherche, ce modèle apportait l'idée, entre autres, que dans leur processus de changement de comportement, que ce soit avec ou sans thérapie, les personnes aux prises avec un trouble de l'usage d'une substance progresseront à travers cinq stades. Ainsi, la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et la maintenance seraient les cinq stades qui représentent le processus de changement, plus particulièrement la motivation au changement ou plutôt la volonté à changer les comportements de dépendance. Les stades représentent comment un individu peut progresser vers le rétablissement, et ce, en réalisant graduellement les impacts de sa problématique, en se préparant à prendre action et en utilisant des stratégies qui lui assureront un changement positif et soutenu. Subséquemment, afin d'éviter les rechutes, les stades devront être franchis dans cet ordre pour que le changement soit bien intégré. En conséquence, l'omission de l'un ou de plusieurs d'entre eux pourra rendre l'individu vulnérable aux rechutes (Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1992). Il est à noter que le temps nécessaire pour franchir chacun des stades varie considérablement de telle façon qu'ils sont tous présumés invariables (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011). Malgré le fait que ce modèle avait été initialement conçu pour les changements des comportements reliés à la santé, il s'est toutefois été jugé utile afin de conceptualiser et

guider les changements qui surviennent en psychothérapie (Norcross et al., 2011). En ce sens, le modèle transthéorique de Prochaska et al. (1992) servira à analyser la portion du rétablissement concernant le trouble de l'usage d'une substance et plus concrètement, la motivation au changement dans le processus de rétablissement d'un trouble concomitant.

Dans l'ensemble, ce modèle conceptualise un processus en cinq différents stades permettant alors de visualiser le parcours de l'individu dans son cheminement de rétablissement en tenant compte des rechutes et des facteurs en interactions. À ce propos, à travers la progression et les efforts de modifier les comportements problématiques, la rechute est la règle plutôt que l'exception. Pour cette raison, les concepteurs du modèle transthéorique présentent la rechute comme faisant partie de chaque stade (Prochaska & Norcross, 1999). Autrement dit, les efforts requis pour modifier les comportements sont tels que l'individu demeure toujours à risque d'une rechute. En tant que processus normal du changement, la rechute doit donc être perçue comme une opportunité d'apprentissage où l'individu apprend à anticiper les obstacles et prévenir les futurs faux pas (Norcross et al., 2011). Ainsi, les stades de changement représentent les moments où l'individu modifie son comportement ; le processus quant à lui représente comment les individus progressent. Concrètement, chacun des cinq stades représente une période de temps et nécessite un certain nombre de tâches à accomplir afin de passer à une étape ultérieure (Norcross et al., 2011).

Tout d'abord, la *précontemplation* représente chez l'individu un moment où aucune intention de changement n'est présente. La personne est alors inconsciente ou nie

la présence d'une problématique et n'a aucune intention d'engager de comportements de rétablissement dans l'année en cours. Néanmoins, l'entourage du précontemplateur est conscient de sa situation et des problématiques. Ensuite, la *contemplation* indique le moment où l'individu devient conscient de sa problématique ; moment où il pense sérieusement y remédier, mais n'a pas encore engagé de comportements concrets. À cet instant, les contemplateurs évaluent la quantité d'énergie et d'efforts qu'il sera nécessaire afin de surmonter leur problématique avant de prendre action, ils seront ainsi dans une phase d'ambivalence. De son côté, la *préparation* réfère au moment où l'individu entreprend quelques changements dans sa problématique et pense passer à l'action dans un futur rapproché (environ 1 mois). Malgré quelques améliorations, ces individus n'ont pas encore franchi le seuil d'un engagement définitif. D'autre part, l'*action* renvoie au stade où des actions concrètes sont entreprises et où beaucoup de temps est consacré à leur réalisation. En conséquence, les comportements, les expériences et l'environnement seront modifiés afin de surmonter la problématique. Les individus seront considérés dans ce stade s'ils parviennent à stabiliser les impacts négatifs de leur problématique sur une période de 6 mois à un an. Finalement, la *maintenance* est décrite comme la période où l'individu travaille à consolider les acquis et prévenir les rechutes. D'une durée minimale de 6 mois, cette dernière phase sera considérée si l'individu demeure loin de sa problématique ou n'engage pas de nouveaux comportements inadéquats (DiClemente et al., 1999; Norcross et al., 2011; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). La motivation, en tant qu'élément clé du changement et du rétablissement, influencera donc la progression de la personne à travers les stades, sa considération et ses décisions vers le

changement et par ailleurs, sa volonté à poursuivre les actions menant au rétablissement (DiClemente et al., 1999). La Figure 2 représente les stades de changement ainsi que les interactions pouvant survenir à travers le cheminement d'un individu.

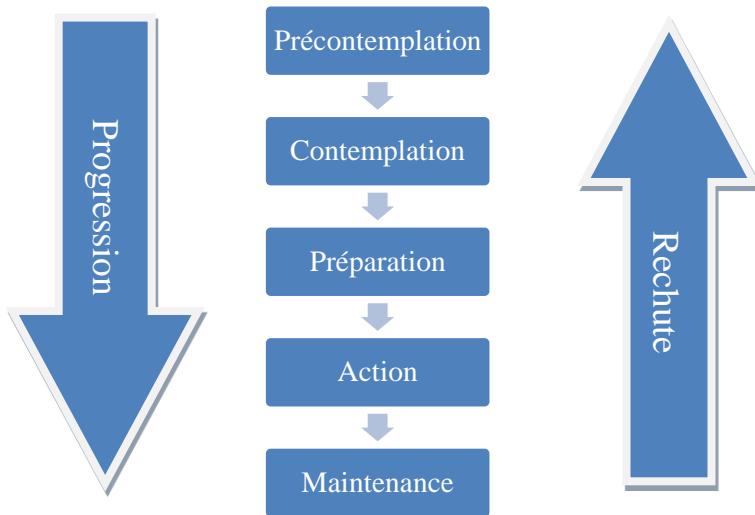


Figure 2. Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1983)

En somme, le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1983) procure un système intéressant afin de conceptualiser la manière dont le rétablissement varie aux différents stades de la vie de l'individu. Ainsi, dans cette étude, ce modèle est particulièrement utile afin de déterminer, avec le témoignage de la personne, où se situe le désir de modifier les comportements inadaptés et surtout afin de déterminer où se situe le désir de rétablissement. Dans un contexte de double problématique que représente un trouble concomitant, le modèle transthéorique devient aussi un modèle d'évaluation afin de déterminer laquelle des deux problématiques représente une source de motivation au changement et dans quelle mesure les individus désirent passer à l'action. Concrètement,

ce modèle permet d'évaluer le parcours de l'individu à travers son processus de rétablissement : les rechutes, l'engagement aux traitements, la motivation à modifier certains comportements, etc. Autrement dit, dans une recherche de facteurs entravant ou améliorant le rétablissement d'un trouble concomitant, le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1992) est utile afin de mieux comprendre les facteurs en jeu, à travers les différents stades, dans la motivation au changement et le désir de se rétablir.

3.3 Modèle exploratoire des facteurs qui influencent le rétablissement des personnes ayant des troubles concomitants

À la lumière de la recension des écrits et des deux modèles théoriques présentés dans ce chapitre, a été élaboré un modèle exploratoire concernant les facteurs ayant une influence dans le rétablissement des personnes ayant des troubles concomitants. La définition du rétablissement retenue ici correspond à la vision psychosociale du rétablissement évoquée par Onken et al. (2007), c'est-à-dire un cheminement qui diffère de la guérison complète, mais qui réfère à la capacité de l'individu de transcender non seulement ses symptômes, mais également leurs conséquences, afin de vivre une vie épanouissante dans la communauté. Notre modèle exploratoire, illustré à la Figure 3, stipule que le rétablissement résulte de l'interaction entre des facteurs individuels et environnementaux.

Dans ce modèle, les six couches du modèle bioécologique sont représentées. D'abord, l'*ontosystème* est représenté par un ovale incluant tous les microsystèmes de la

personne. Ce système chevauche alors les microsystèmes, car ses facteurs sont présents dans chacun d'eux comme une influence potentielle. Par ailleurs, la Figure 3 présente trois principaux microsystèmes explorés lors de la recension, soit la famille, le travail et les milieux de soins. Chacun d'entre eux est composé de facteurs d'influence différents selon le milieu. Ensuite, le *mésosystème* est représenté à deux endroits par des flèches bidirectionnelles. Dans cette figure, ces systèmes comprennent les relations le travail et la famille ainsi que la famille et les soins reçus. Ces systèmes évoquent le soutien, l'encouragement, le travail d'équipe et l'intégration de la personne dans les microsystèmes, mais surtout, les relations entre ces microsystèmes. Puis, nous retrouvons dans l'*exosystème* les opportunités d'épanouissement offertes aux personnes ainsi que la disponibilité et accessibilité des services de soins ou de soutien. Également, le *macrosystème* réunit les facteurs de la spiritualité véhiculée dans le milieu de la personne, la vision de la problématique telle que perçue par la communauté et dans le même sens son acceptation. Autrement dit, la manière dont l'environnement perçoit la problématique de TM ou de consommation ainsi que son acceptation, ou non aura une influence sur le rétablissement de la personne. Finalement le *chronosystème* représente le marqueur de temps. La Figure 3 expose les relations entre les différents systèmes ainsi que les facteurs d'influence dans chacun d'eux.

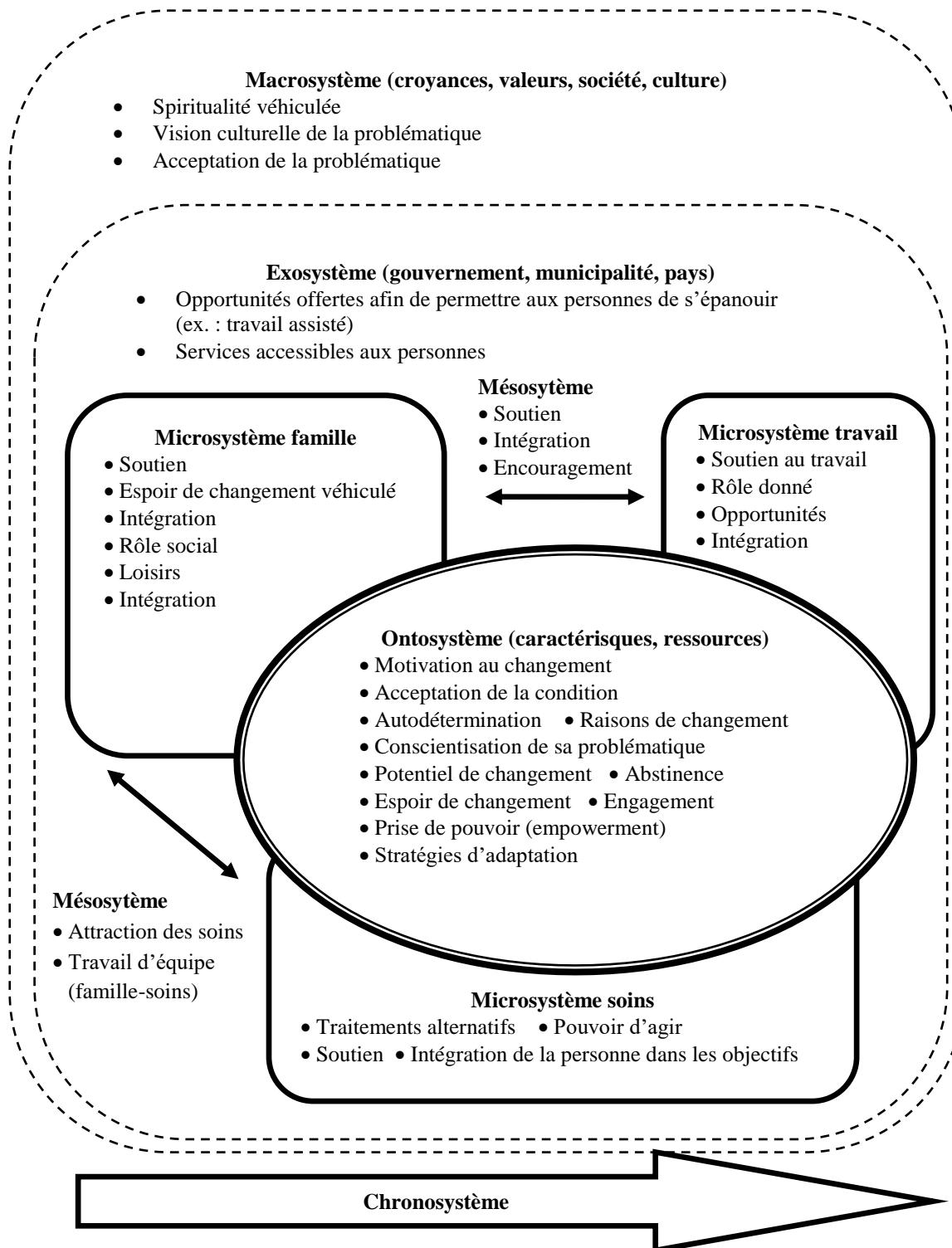


Figure 3. Modèle exploratoire des facteurs d'influence dans le rétablissement du trouble concomitant

Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche

Ce chapitre présente la manière dont cette étude s'est déroulée. D'abord, le type d'étude permettant de comprendre les fondements de la recherche et également les objectifs inhérents. Ensuite, toutes les informations pertinentes concernant la population à l'étude, l'échantillon et la méthode d'échantillonnage seront présentées. En terminant, les stratégies de collecte et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques relatives à l'étude sont décrites.

4.1 Type d'étude

Dans le cadre de la présente recherche, une approche de type exploratoire qualitative a été priorisée. Plus précisément, cette approche, marquée par le courant du naturalisme et de la sociologie compréhensive (Deslauriers, 1991), vise à rendre compte de la manière dont les sujets de la recherche vivent leurs conditions en milieu « naturel » et dont ils interprètent leur situation ou leur problématique (Deslauriers, 2005; Deslauriers & Hurtubise, 2009). Autrement dit, l'étude qualitative prend en considération la subjectivité des individus et met au premier plan la vie quotidienne et socioaffective dans l'analyse sociale (Groulx, 1998). De par son aspect novateur visant à recueillir la parole subjective des individus vivant avec un trouble concomitant et leur rétablissement et à déterminer les facteurs en jeu dans leur cheminement, la recherche qualitative devient alors pertinente dans le cas où elle permet de cerner le point de vue des répondants ainsi que les retombées de l'objet d'étude (Van der Maren, 1995). De plus, étant donné que la recherche qualitative exploratoire « fait appel à des données plus personnelles, relevant davantage du jugement des personnes et de l'interprétation qu'elles se font des événements

et des phénomènes sociaux » (Deslauriers, 1982), elle devient donc un outil nécessaire dans la réalisation des objectifs de l'étude.

Bien que plusieurs études, telles que recensées dans le chapitre 2, se soient attardées sur le sujet des facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes ayant soit une problématique de santé mentale ou de consommation, peu se sont attardées au rétablissement des troubles concomitants et aux facteurs impliqués dans ce processus. Ainsi, de nombreuses études ont documenté les deux problématiques, leurs facteurs associés ainsi que leur rétablissement respectif, mais davantage de manières isolées. La recherche qualitative exploratoire devient alors pertinente lors de la documentation de problématique émergente (Deslauriers & Hurtubise, 2009), cette recherche proposait d'explorer dans l'ensemble les interactions inhérentes à la présence d'une double problématique chez un même individu.

4.2 Les principaux objectifs de la recherche

L'objectif général de cette étude était de décrire le cheminement vers le rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant et recevant des soins au sein de l'IUSMQ. Plus exactement, cinq objectifs spécifiques entouraient la réalisation de la présente étude : a) explorer la perception des répondants à l'égard du rétablissement de leur trouble concomitant; b) déterminer le stade de rétablissement des répondants relativement à leur problématique de santé mentale; c) identifier le stade de changement à l'égard du trouble lié à l'utilisation de substance; d) explorer la perception des

répondants à l'égard des facteurs individuels et environnementaux qui interviennent dans le rétablissement de leur trouble concomitant et e) déterminer la contribution des services offerts par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) dans leur rétablissement.

4.3 Population à l'étude

Avant d'aborder plus concrètement la population à l'étude dans cette recherche, il est important de situer le contexte dans lequel elle a pris place, c'est-à-dire l'IUSMQ et la mise en place d'une nouvelle unité de traitement spécifique et novateur pour trouble concomitant de santé mentale/toxicomanie. Dans l'optique de faire face aux difficultés rencontrées avec la population aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale, une offre de services, en trois volets, était en élaboration au sein de l'IUSMQ depuis 2010. Les orientations mentionnaient un volet ambulatoire, un volet soutien au réseau ainsi qu'une unité de soins spécialisés pour les personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale. C'est dans ce contexte particulier et novateur pour la région de Québec qu'est apparue l'idée de documenter la problématique des troubles concomitants. Plus particulièrement, il est important de mentionner que c'est ce troisième volet qui a retenu notre attention relativement à un projet de recherche et qui aurait normalement été le milieu d'échantillonnage. N'ayant toutefois jamais vu le jour dû à un arrêt de financement, le contexte de l'unité et ses critères d'exclusion et d'inclusion ont été respectés dans le choix de la population visée par cette étude. La clientèle visée devait être âgée de 18 ans en plus, avoir un diagnostic de TMG selon le DSM-5 (soit un trouble

psychotique, un trouble de l'humeur ou un trouble de la personnalité) ainsi qu'un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance. En ce qui concerne les TM, ces trois catégories diagnostiques ont été retenues puisque comparativement à la population générale, il a été remarqué des taux de concomitance plus importants chez les personnes atteintes de schizophrénie, de troubles bipolaires et de personnalité antisociale (Drake et al., 2004; Gafoor & Rassool, 1998; Osher & Drake, 1996). À titre d'exemple, Buckley (2006) mentionne que les personnes atteintes de schizophrénie seraient cinq fois plus à risque d'avoir un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance et trois fois plus à risque d'avoir une dépendance à l'alcool. Deuxièmement, pour être admissible, il devait être impossible pour la personne de recevoir des services intensifs de toxicomanie dans le réseau dû au TM. Autrement dit auraient été exclues les personnes étant en mesure de recevoir des soins en toxicomanie dans leur milieu. Finalement, afin d'assurer un suivi continu, il aurait été essentiel pour l'usager de recevoir les traitements d'une personne ou d'une équipe référente qui s'engageait à poursuivre le suivi externe lorsque le processus de traitement et de réadaptation à l'interne aurait été terminé. À l'inverse, toutes personnes pour qui le premier besoin aurait été la désintoxication, qui auraient eu une dangerosité sévère ou qui auraient déjà reçu un suivi simultané avec le réseau offrant des services en toxicomanie auraient été exclues de ce service.

4.4 Méthode d'échantillonnage et recrutement

Dans le cadre de cette étude, l'échantillon a été de nature non probabiliste et les répondants se sont engagés de façon volontaire. Les critères d'inclusion utilisés pour le

recrutement étaient les suivants : être âgé de 18 ans et plus, avoir un diagnostic de TM selon le DSM-5, avoir un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance selon le DSM-5 et de recevoir des services de l'IUSMQ. D'un autre côté, les critères d'exclusion visaient les éléments suivants : avoir comme premier besoin la désintoxication, avoir un potentiel élevé de dangerosité ou être sous un régime de protection. À ce propos, la nécessité d'avoir en entrevue des personnes aptes et en mesure de communiquer adéquatement leur expérience de rétablissement dans le cadre d'une entrevue de 60 minutes a motivé le choix de retenir ces critères.

L'échantillonnage de type non-probabiliste est souvent utilisé dans le domaine du travail social et est privilégié lorsqu'utilisé pour une étude de type qualitative (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000; Ouellet & Saint-Jacques, 2000). Au total, sept personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et recevant des services de l'IUSMQ ont été rencontrées en entrevue. Notre intention initiale était de recruter douze participants, toutefois des problèmes de recrutement ont empêché l'atteinte de cet objectif. En effet, le plan initial était de recruter au sein d'une Unité de soins pour les personnes ayant des troubles concomitants, mais celle-ci n'a jamais vu le jour. Le recrutement a donc dû s'effectuer au sein de programmes externes, donc une population moins « captive » que celle qui était visée au départ.

Patton (1990) mentionne qu'il n'y a aucune règle en ce qui a trait à la taille de l'échantillon dans le cadre d'une recherche qualitative. Également, il rapporte que le

nombre de personnes dans l'échantillon variera selon divers critères tels que : l'objet de recherche, son enjeu, ce qui sera utile, mais surtout selon les ressources disponibles. Le but de l'échantillonnage étant de produire le maximum d'informations, qu'il soit petit ou grand, sa taille est conséquente des besoins de la recherche et de la saturation des catégories (Deslauriers, 1991). En général, les écrits indiquent toutefois que la saturation des données peut s'atteindre avec des échantillons constitués entre dix et quinze personnes (Kvale, 1996; Savoie-Zajc, 1997). Finalement, les recherches s'appuyant sur l'expérience de vie de personnes, tel que dans cette recherche, auront besoin de moins de répondants.

Afin de recruter et rejoindre l'échantillon nécessaire à la réalisation de l'étude, différentes stratégies ont été utilisées. Tout d'abord, dans le but de se familiariser avec le contexte, de présenter les objectifs de l'étude et de créer un lien professionnel, la présence de l'étudiant-chercheur, à partir de 2011, a été nécessaire à plusieurs réunions de l'équipe attitrée à l'élaboration de l'offre de services tenue dans les locaux de l'IUSMQ. Cette stratégie a été mise de l'avant puisque ces intervenants étaient en contact direct avec les personnes possédant les critères de la recherche et ils devenaient ainsi promoteurs de l'étude auprès de celles-ci. Ces rencontres ont également donné l'occasion de créer un climat professionnel de collaboration, de répondre aux questions et de présenter clairement le projet, et ce, afin de faciliter le recrutement. Ensuite, afin de rejoindre le plus de personnes possible, des affiches publicitaires et des dépliants (Annexe A) ont été distribués et affichés. Pour les affiches publicitaires, elles ont été réparties comme suit dans l'IUSMQ : une dans le local de réunion de l'équipe santé mentale/toxicomanie

afin de rejoindre les professionnels directement concernés par l'offre de services, une à l'entrée principale (point central de convergence) afin de rejoindre la population en général, une au secrétariat du travail social, de psychologie et d'ergothérapie. Parallèlement, des dépliants ont été distribués dans les mêmes endroits et ce, pour les mêmes raisons. Sur demande, les professionnels et les départements pouvaient recevoir des informations, des dépliants ou des affiches au besoin. Sur les sept personnes rencontrées, cinq ont été directement référencées par les professionnels de la santé de l'IUSMQ et deux autres ont été rejoints volontairement à partir des affiches publicitaires.

4.5 La collecte de données

Afin de faciliter la collaboration et éviter la fatigue des répondants, il avait été suggéré à ceux-ci de réaliser la collecte de données en deux rencontres, la première servant à compléter la fiche signalétique (Annexe B), signer le formulaire de consentement (Annexe C) et les deux questionnaires validés (Annexes D et E) et la deuxième entrevue visait à réaliser une entrevue semi-dirigée (Annexe F). Lorsque proposé comme formule de complétion, tous les répondants ont opté pour une seule rencontre afin d'éviter un second déplacement. Il faut aussi mentionner que le temps prévu à l'entrevue semi-dirigé a été largement surestimé lors de l'élaboration du projet. Donc, il est à noter que tous les répondants ont été rencontrés individuellement dans les locaux de l'IUSMQ et que la durée moyenne des entrevues a été de 60 minutes. Précisions également que dans l'optique de valider la démarche méthodologique, un pré-test a été réalisé à l'été 2012 avec un premier répondant où tous les outils ont été utilisés. Suite au succès de cette rencontre, six

autres personnes ont complété les différents questionnaires faisant partie de la collecte de données pour terminer à l'été 2013. Il est à noter que les résultats du pré-test ont été préservés dû à la complétion en bonne et due forme.

Cette étude reposait sur l'utilisation de quatre stratégies de collecte de données :

a) une fiche signalétique; b) un questionnaire validé permettant de déterminer l'étape du rétablissement de la personne en lien avec une problématique de santé mentale (STORI); c) un questionnaire validé évaluant la motivation au changement relativement à une problématique de dépendance (URICA) et d) une entrevue semi-dirigée afin de documenter le processus de rétablissement et les facteurs associés chez des personnes présentant un trouble concomitant. Ces modalités de collecte sont décrites en détail dans les prochaines sous-sections.

4.5.1 La fiche signalétique

Dans un premier temps, une fiche signalétique (Annexe B), comprenant 20 questions a permis de recueillir trois types de données : soit de nature sociodémographique, sur le profil de consommation du répondant et sur l'utilisation des services en lien avec l'IUSMQ. Ce questionnaire maison comprenait des questions à choix de réponses et à développement court en ce qui concerne par exemple l'âge, le genre, le milieu de vie, les services utilisés au sein de l'IUSMQ, les habitudes de consommation, les hospitalisations, etc. Cette méthode a permis de réaliser des statistiques descriptives au regard des personnes qui ont choisi de participer à cette étude. Il est à noter que les

données sociodémographiques relatives à l'échantillon seront décrites dans le chapitre cinq de ce mémoire. Il est important de mentionner que les diagnostics relatifs à l'utilisation de substance et de TM ont été autorévélés par les répondants.

4.5.2 Le Stages of Recovery Instruments (STORI)

Dans un deuxième temps, un questionnaire permettant d'identifier le stade de rétablissement des répondants vis-à-vis leur problématique de santé mentale fut utilisé (Annexe D). La version française du questionnaire (Golay & Favrod, 2006) *Stage of Recovery Instrument (STORI)* (Andresen, Caputi, & Oades, 2006) a été complétée. Cet outil permet de situer les répondants en ce qui a trait à l'un des cinq stades du rétablissement. Ce questionnaire comprend 50 items (10 sous-groupes) tous cotés sur une échelle de Likert de zéro à cinq. Chacun des cinq items par sous-groupe représente alors un des stades du rétablissement, le premier item correspondant au moratoire, le deuxième à la conscience, le troisième à la préparation, le quatrième à la reconstruction et le dernier à la croissance. Suite à la cotation des items, le stade obtenant le score le plus élevé est considéré comme étant l'étape atteinte par la personne en ce qui a trait à son rétablissement. Afin que tous les répondants complètent le *STORI* uniformément, une attention particulière a été portée sur l'explication des termes pouvant être difficiles à comprendre, et ce, au fur et à mesure de la passation de l'outil.

Dans le but de vérifier sa validité, le *STORI* fut comparé au *Recovery Assessment Scale* (RAS) (Andresen et al., 2003; Anthony, 1993) dans une étude comprenant 52

répondants. Les deux questionnaires ont été remplis simultanément et des coefficients furent calculés pour chaque stade chacun en comparaison au score total du RAS. Ces coefficients s'établissent comme suit : -0,640 pour le stade 1, 0,138 pour le stade 2, 0,458 pour le stade 3, 0,671 pour le stade 4 et finalement 0,735 pour le stade 5. Sa fiabilité fut aussi vérifiée avec un autre test comprenant les mêmes répondants (n=22). Encore ici, les coefficients ont été calculés selon chaque stade, soit 0.96 pour le premier, 0.9 pour le deuxième, 0.91 pour le troisième, 0.92 pour le quatrième et 0.95 pour le dernier (Weeks, Slade, & Hayward, 2011). Malgré le fait que le *STORI* ne demande aucune formation particulière, les auteurs recommandent tout de même de procéder à la passation dans un contexte de soins (Andresen et al., 2006) ce pour quoi il a été complété en présence de l'étudiant-chercheur. Il est à noter que chaque réponse est cotée de zéro à cinq, allant de *pas du tout vrai actuellement (1)* à *complètement vrai actuellement (5)*.

4.5.3 Le University of Rhode Island Assessment Scale (URICA)

Dans un troisième temps, un autre outil validé (Annexe E), basé sur le modèle transtheorique de Prochaska (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) portant sur la motivation au changement a été utilisé : *le University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)* (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). Ce questionnaire de 32 items de type Likert (allant de *fortement en désaccord (1)* à *fortement en accord (5)*), a permis de mesurer le stade de changement : précontemplation, contemplation, action ou maintien dans lequel l'individu se situait au moment de l'entrevue. Ainsi, ce test a permis d'observer la motivation au changement selon le répondant, facteur primordial dans le

désir de rétablissement tel qu'aperçu lors de la recension des écrits et également de répondre au troisième objectif de recherche. L'utilisation de cet outil, démontré comme utile et valide dans le domaine des dépendances (Dozois, Westra, Collins, Fung, & Garry, 2004; Hasler, Klaghofer, & Buddeberg, 2003) ne demande aucune formation particulière et est recommandée pour les adultes dans un contexte de traitement pour les dépendances. Ici aussi, afin que tous les répondants complètent l'*URICA* uniformément, une attention particulière a été portée sur l'explication des termes pouvant être difficiles à comprendre et en conséquence, l'étudiant-chercheur a été présent tout au long de la passation afin de répondre aux questions.

Quant à la compilation des résultats, il est à noter qu'une étude de DiClemente et Hughes (1990), dans un contexte de traitement externe chez des personnes ayant une problématique de consommation d'alcool, a déterminé que des items du questionnaire (4, 9, 20 et 31) ne correspondaient pas aux facteurs. En conséquence, les auteurs ont décidé de rayer les résultats de ces quatre questions faisant de l'*URICA* un questionnaire compilé à 28 items au final. À noter que lors de l'élaboration de cet outil de mesure, McConnaughy et al., (1983) ont déterminé la validité interne pour chacun des 8 items composant les quatre stades avec les résultats suivants : précontemplation 0,88, contemplation, 0,88, action 0,89 et maintenance 0,88.

4.5.4 L'entrevue semi-dirigée

Dans un quatrième temps, une entrevue semi-dirigée composée de quinze questions ouvertes, enregistrée sur support audio, d'une durée moyenne d'environ 50 minutes a été réalisée. Cet outil a permis de répondre à notre première, quatrième et cinquième questions de recherche. Afin de recueillir les propos des répondants quant à leur expérience de rétablissement et mieux comprendre les enjeux, les facteurs et les défis relatifs à leur vécu du trouble concomitant. Dans l'optique de donner les mêmes indications à tous les répondants, la première page du guide d'entrevue a été lue à voix haute en début d'entrevue. Suite à cela, quelques informations supplémentaires ont été fournies aux répondants telles que : le temps moyen de l'entretien, les thèmes de l'entrevue et le refus de répondre. Il est à noter qu'aucun répondant n'a demandé à avoir plus d'informations avant de débuter l'enregistrement suite à ces deux formules. Ainsi, afin d'avoir un portait global du rétablissement, le guide d'entrevue a été divisé en quatre parties : a) le rétablissement d'un trouble mental ; b) le rétablissement d'une problématique de consommation ; c) le rétablissement d'un trouble concomitant et d) finalement les facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant. L'entrevue semi-dirigé a été réalisé à partir des facteurs recensé dans le chapitre 2, mais aussi en tenant compte du cadre conceptuel (bioécologique) de l'étude.

4.6 L'analyse des données

Selon la nature des données recueillies, différentes stratégies d'analyse ont été utilisées : a) le contenu des fiches signalétiques a été analysé quantitativement afin de

mettre en lumière le profil de l'échantillon de l'étude; b) les données des deux questionnaires validés ont également été analysées quantitativement afin d'en déterminer les résultats et de situer les répondants selon leur stade de rétablissement (*STORI*) et de motivation au changement (*URICA*) et c) les entrevues semi-dirigées ont été analysées qualitativement avec le logiciel NVivo 10.

Le contenu des fiches signalétiques, de même que des questionnaires ont été compilés, puis analysées quantitativement avec le logiciel Excel. Cette méthode a permis de produire des statistiques descriptives afin de dresser un portrait global des répondants. Le contenu des fiches signalétiques a permis de produire des statistiques descriptives générales, notamment en ce qui concerne l'âge, la formation académique, l'emploi, la vie familiale, le profil de consommation de substances et la fréquentation des services des répondants. L'analyse des questionnaires (*STORI* et *URICA*) a, quant à elle, permis de situer chacun des répondants quant à leur stade de rétablissement et de motivation au changement. Les données des questionnaires ont été compilées selon les méthodes requises pour chacun de ces instruments. Les résultats aux questionnaires, venant compléter et contextualiser les données recueillies dans le cadre des entrevues qualitatives ont été interprétés selon les barèmes en vigueur.

Les entrevues semi-dirigées ont été analysées qualitativement selon la méthode d'analyse de contenu proposée par Mayer et Deslauriers (2000). Quatre étapes ont été

suivies : la préparation du matériel, la préanalyse, l'exploitation du matériel et l'interprétation des résultats. Celles-ci sont décrites dans les lignes qui suivent.

La préparation du matériel

Comme spécifié précédemment, les entrevues avec les répondants ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone. Ces entrevues ont ensuite été retranscrites sous forme de verbatim anonymisés (dans le logiciel Microsoft Word) afin de pouvoir en analyser le contenu. Ces entrevues, numérotées de 1 à 7 ont ensuite été protégées à l'aide d'un mot de passe afin de s'assurer de la confidentialité du processus. Il est à noter que chacun de ces documents était noté seulement d'un numéro (un à sept) afin de repérer les répondants.

La préanalyse

Suite à la retranscription, les verbatim ont été lus plusieurs fois afin d'en faire ressortir les éléments principaux, l'objectif étant d'en avoir une vision globale. C'est dans cette partie que nous avons pu identifier les éléments de codage et les catégories d'analyse (thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue). Certains des thèmes identifiés provenaient directement du guide d'entrevue alors que d'autres ont émergé suite à la lecture des entrevues. Cette étape a donc permis d'élaborer un arbre de codification préliminaire qui a ensuite été importé dans le logiciel NVivo 10. Comme le mentionne Nadeau (1988), il s'agit ici de « dégager le sens général du récit et de cerner les idées majeures propres à orienter le travail d'analyse » (p.346). Ainsi, les récits concernant le rétablissement des personnes ainsi que les facteurs d'influence dans celui-ci ont été repérés dans le texte.

L'exploitation du matériel

À l'aide de l'arbre de codification, les entrevues ont été codifiées dans le logiciel NVivo. De manière générale, la catégorisation des données a suivi une logique déductive (Sabourin, 2010) permettant de regrouper les citations selon les thèmes préétablis, mais également selon les facteurs d'influence qu'ils soient individuels, environnementaux ou en lien avec les interventions.

L'interprétation des résultats

Une fois les données codifiées, elles ont été analysées de façon à en faire ressortir les idées générales. C'est ainsi que les principaux facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes ont été identifiés et que les citations évoquant les propos des répondants ont été retenues. Le chapitre 5 présentera la synthèse des résultats qui émergent de cette étape d'analyse.

4.7 Les considérations éthiques

À priori, il est important de mentionner que ce projet de recherche a été soumis au Comité d'éthique et de la recherche (CÉR) de l'UQAC ainsi qu'à celui de l'IUSMQ en 2012 afin d'être conforme aux exigences éthiques de la recherche. À noter que les deux certifications éthiques relatives à ce projet de recherche se retrouvent à l'Annexe G. À l'intérieur de ce projet, diverses mesures ont été également prises en considération afin de respecter les différents principes éthiques directeurs tels que mentionnés dans l'énoncé de politique des trois conseils. Premièrement, un formulaire de consentement libre et éclairé a été remis au répondant et signé par chacun des répondants afin de leur expliquer la tenue

et l'engagement de leur participation (Annexe C). Ce document comportait différentes sections voyant à expliquer les mesures de confidentialité et de respect de la dignité humaine qui ont été appliquées tout au cours de cette étude. Deuxièmement, avant la compléction des documents et la passation de l'entrevue, les répondants ont été informés verbalement de divers éléments : le but de la recherche, l'identité et la formation de l'étudiant-chercheur, la nature et la durée moyenne de leur engagement, de leur liberté de participation et de retrait de l'entrevue, des personnes ayant accès aux résultats et la nature de l'utilisation de ces derniers et finalement des documents résultant de leur participation. Troisièmement, hormis pour la signature du formulaire de consentement, aucun nom n'est apparu sur les documents relatifs à la recherche. Les répondants ont été numérotés d'un à sept afin de préserver leur anonymat. Une liste maitresse permettant de relier les codes aux répondants a été conservée par l'étudiant-chercheur dans les locaux prêtés par l'IUSMQ. Quatrièmement, en ce qui concerne la conservation des documents confidentiels de l'étude, ils ont tout d'abord été conservés sous clé dans un local de l'IUSMQ désigné exclusivement pour l'étudiant. À la fin de la phase de cueillette et d'analyse des données, les documents ont été transférés aux archives de l'IUSMQ. Par la suite, lors du dépôt du mémoire, ces documents seront transportés à l'UQAC au bureau de la directrice de recherche, Mme Christiane Bergeron-Leclerc, pour une période de sept ans après quoi elles seront détruites par l'étudiant selon les normes de confidentialité.

Chapitre 5 Présentation des résultats

Ce chapitre, divisé en cinq sections, présente l'ensemble des résultats de cette étude. La première section expose les principales caractéristiques sociodémographiques des répondants. Ensuite, les deux sections suivantes permettent d'aborder la question du rétablissement, d'abord sous l'angle du trouble mental, ensuite sous l'angle de l'utilisation de substances. La quatrième section aborde la thématique du rétablissement du trouble concomitant, alors que la dernière traite des facteurs ayant une influence positive ou négative dans ce processus.

5.1 Le profil des répondants

Cette section vise à décrire l'échantillon de l'étude en faisant ressortir les principales caractéristiques des répondants. Dans un premier temps, des informations de nature sociodémographiques (ex. : âge, genre, niveau de scolarité) seront présentées. Enfin, dans un deuxième et troisième temps, les répondants sont situés quant à leur consommation actuelle, puis, en ce qui a trait aux services utilisée dans la communauté.

5.1.1 Profil sociodémographique des répondants

Les données du Tableau 5 montrent que la majorité des répondants est de sexe masculin (85,7%) et est âgée de 26 à 35 ans (57, 1%). Une forte proportion d'entre eux sont célibataires ou vivent seuls (85,7%) et n'ont pas d'enfant (71,4%). Près du tiers (28,6%) ont mentionné avoir au moins un enfant, mais ne pas vivre auprès d'eux (28,6%).

Tableau 5
Profil sociodémographique des répondants

Dimensions	Catégories	N	%
Sexe	Féminin	1	14,3
	Masculin	6	85,7
Âge	18 à 25	1	14,3
	26 à 35	4	57,1
	36 à 45	1	14,3
	46 à 55	1	14,3
État civil	Célibataire	6	85,7
	Marié	1	14,3
Enfants	Oui	2	28,6
	Non	5	71,4
Nombre	1	1	14,3
	2	1	14,3
Vivant avec le répondant	Non	2	28,6
Dernier niveau d'étude	Secondaire 5	7	100
Source de revenus	Aucun revenu	1	14,3
	Régimes des rentes	1	14,3
	Revenu d'emploi	1	14,3
	Sécurité du revenu	4	57,1
Domaine d'emploi (bénévole ou rémunéré)	Domaine de la vente	1	33,3
	Librairie	1	33,3
	Nettoyage construction	1	33,3
Résidence	Appartements en réadaptation psychiatrique	1	14,3
	Chambre en pension privée	1	14,3
	Hospitalisation en cours	1	14,3
	Logement autonome	1	14,3
	Logement en colocation	2	28,6
	Résidence privée	1	14,3

En ce qui a trait à leur scolarité, tous les répondants ont complété un diplôme d'études secondaires. Concernant leurs milieux de vie et leurs conditions socioéconomiques, près du tiers des répondants (28,6%) vivent dans un logement en

colocation et plus de la moitié (57,1%) d'entre eux reçoivent des prestations de la sécurité de revenus alors que les autres travaillent ou n'ont aucun revenu. Les personnes qui occupent un emploi (bénévole ou rémunéré) œuvrent principalement dans les domaines du service à la clientèle et de la vente (28,6%) ou de l'entretien et du nettoyage industriel (14,3%).

5.1.2 Profil de consommation de substances psychoactives des répondants

Le Tableau 6 décrit le profil de consommation de substances psychoactives des répondants et apporte des informations sur la fréquence de leur utilisation. Tout d'abord, ces données démontrent que la majorité des répondants (85,7%) compose quotidiennement avec une médication prescrite par un médecin et que chacun d'entre eux respecte adéquatement la posologie. Également, un peu moins de la moitié (42,8%) considère ne pas avoir de problématique reliée à la consommation de substances psychoactives.

Cependant, la fréquence d'utilisation de chacune des substances varie selon les répondants. En débutant avec le tabac, étant également la substance la plus fréquemment utilisée, 57,1% des répondants en font usage trois fois ou plus par semaine. Aussi, 14,3% consomment le tabac d'une à deux fois par semaine. Pour l'alcool, il est remarqué que 42,8% des répondants en consomment moins d'une fois par mois. Toutefois, 14,3% en consomment d'une à deux fois par semaine et un autre 14,3% trois fois et plus par semaine. Ensuite, pour le cannabis, 14,3% en consomment moins d'une fois par mois tandis que

28,6% en prennent trois fois ou plus par semaine. La cocaïne est consommée seulement par 14,3% des répondants, à raison de moins d'une fois par mois. Les amphétamines sont consommées par près du tiers (28,8%) des répondants, la fréquence allant de moins d'une fois par mois (14,3%) à plusieurs fois par semaine (14,3%). Les opioïdes sont utilisés par seulement 14,3% des personnes pour une fréquence d'une à deux fois par semaine. Quant aux boissons énergisantes, 28,6% des répondants ont mentionné les consommer moins d'une fois par mois tandis que 14,3% le font à une fréquence d'une à deux fois par semaine. De plus, 14,3% des répondants les consomment trois fois ou plus par semaine. Finalement, les narcotiques prescrits sont utilisés par seulement 14,3% des répondants, à raison de trois fois ou plus par semaine. Il est à noter qu'un seul répondant considère avoir une problématique de consommation sur le plan de la médication prescrite, soit des narcotiques pour des douleurs physiques. En résumé, nous remarquons chez les répondants une grande diversité relativement aux substances utilisées et à leur fréquence d'utilisation. Ainsi, il est observé que les substances les plus utilisées, peu importe leur fréquence, sont le tabac (71,4%), l'alcool (71,4%), le cannabis (42,8%) et les boissons énergisantes (57,1%). Quant aux autres substances moins utilisées, leur usage global, c'est-à-dire en faisant fi de leur fréquence, représente 14,3% pour la cocaïne, 28,6% pour les amphétamines et 14,3% pour les opioïdes. En parallèle, il est remarqué que 71,4% des répondants utilisent ou ont utilisé plus d'une substance.

En ce qui a trait aux impacts de la consommation dans les habitudes de vie des répondants, 42,8% considèrent que leur consommation n'a pas été nuisible à un moment

ou à un autre dans leurs activités quotidiennes ou dans leurs relations sociales dans la dernière année. Un peu plus de la moitié d'entre eux évoque que toutefois d'une manière ou d'une autre leur consommation a eu un impact dans la réalisation de leurs activités à une fréquence de deux à trois fois (14,3%), quatre à dix fois (14,3%), tous les mois (14,3%) ou à toutes les semaines (14,3%). Par ailleurs, même si une majorité de répondants (57,1%) indique que leur consommation n'a pas affecté leurs liens sociaux, plusieurs attestent de difficultés à cet égard. L'ampleur de ces difficultés va de 2 à 3 fois (28,6%) à 4 à 10 fois (14,3%) par année selon les répondants.

Tableau 6

Profil de consommation de substances psychoactives

Dimensions	Catégories	N	%
Médication	Oui	6	85,7
	Non	1	14,3
Respect de la posologie	Oui	6	100
Problématique de consommation selon le répondant	Oui	3	42,8
	Non	4	57,1
Fréquence d'utilisation des substances :			
Tabac	Jamais	2	28,6
	1 à 2 fois/semaine	1	14,3
	3 fois et +/semaine	4	57,1
Alcool	Jamais	2	28,6
	Moins de 1 fois/mois	3	42,8
	1 à 2 fois/semaine	1	14,3
	3 fois et + par semaine	1	14,3
Cannabis	Jamais	4	57,1
	Moins de 1 fois/mois	1	14,3
	3 fois et +/semaine	2	28,6
Cocaïne	Jamais	6	85,7
	Moins de 1 fois/mois	1	14,3
Amphétamines	Jamais	5	71,4
	Moins de 1 fois/mois	1	14,3
	3 fois et +/semaine	1	14,3

Tableau 6

Profil de consommation de substances psychoactives (suite)

Dimensions	Catégories	N	%
Fréquence d'utilisation des substances :			
Opioïde	Jamais	6	85,7
	1 à 2 fois/semaine	1	14,3
Boisson énergisante	Jamais	3	42,8
	Moins de 1 fois/mois	2	28,6
	1 à 2 fois/semaine	1	14,3
	3 fois et +/semaine	1	14,3
Narcotique (prescrits)	3 fois et +/semaine	1	14,3
Impacts de la consommation sur :			
Les activités quotidiennes	Jamais	3	42,8
	2 à 3 fois	1	14,3
	4 à 10 fois	1	14,3
	Tous les mois	1	14,3
	Toutes les semaines	1	14,3
Les relations sociales	Jamais	4	57,1
	2 à 3 fois/année	2	28,6
	4 à 10 fois/année	1	14,3

5.1.3 Profil d'utilisation des services en santé mentale des répondants

Cette section concerne les différents services utilisés par les répondants tels que les services liés à l'IUSMQ et ceux des autres services disponibles dans la région 03 – Capitale nationale. Au moment de réaliser les entrevues, la totalité des répondants recevait des services ou des soins de l'IUSMQ¹⁰. Premièrement, il est remarqué que l'offre de services santé mentale/toxicomanie est utilisée par 42,8%. D'ailleurs, 28,6% des répondants s'y présentent une à trois fois par mois alors que 14,3% une à deux fois par semaine. Deuxièmement, 42,8% mentionnent recevoir des services du Centre de

¹⁰ Cela s'explique par le fait que le lieu exclusif de recrutement était cet établissement.

traitement et de réadaptation de Nemours¹¹. Ainsi, chaque répondant fréquente ce centre sur une base différente. En fait, alors que certains s'y retrouvent moins d'une fois par mois (14,3%), d'autres le fréquentent plusieurs fois (1-3 fois) (14,3%) allant même jusqu'à une base hebdomadaire (1-2 fois) pour certains (14,3%). Troisièmement, en ce qui a trait au suivi intensif, 42,8% en faisaient usage lors du moment de l'entrevue. Or, 14,3% des répondants l'utilisent une à trois fois par mois tandis que 28,6% une à deux fois par semaine. Quatrièmement, il est évoqué que 57,1% des répondants ont accès à un service psychologique externe. Finalement, 28,6% mentionnent avoir déjà été hospitalisés à l'IUSMQ.

En ce qui concerne les hospitalisations, 42,8% signalent avoir eu recours à ce service d'urgence au cours de la dernière année. Quant à la fréquence près du tiers (28,6%) des répondants mentionnent avoir été hospitalisés une fois dans la dernière année tandis que 14,3% l'ont été à plusieurs reprises. Enfin, 42,8% mentionnent utiliser d'autres services que ceux proposés par l'IUSMQ et disponibles dans la région 03 tels que : les CLSC, les regroupements de type « Alcooliques Anonymes », l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), des regroupements artistiques ou encore la Société Saint-Vincent de Paul. L'inventaire de ces ressources atteste de la diversité des besoins des personnes.

¹¹ <http://www.institutsmq.qc.ca/soins-et-services/cliniques-centres-de-traitements/centre-de-traitement-de-nemours/index.html>

5.2 L'apparition, l'évolution et le rétablissement d'un trouble mental

L'entrevue semi-dirigée demeure le meilleur moyen pour récolter l'information relative à l'expérience de rétablissement des répondants. Ceux-ci ont été amenés à discuter ouvertement de l'apparition de leur problématique de santé mentale, des principaux défis au quotidien et de l'évolution de leur maladie ainsi que de leur rétablissement. Cette section est subdivisée en quatre points soit : a) l'apparition du trouble mental et ses conséquences ; b) les répercussions quotidiennes du TM ; c) l'évolution du TM dans la dernière année ainsi que les facteurs associés à ce changement et d) l'évaluation subjective de leur rétablissement actuel et les perspectives de leur avenir.

5.2.1 L'apparition du trouble mental

La première partie de l'entrevue semi-dirigée visait à documenter le parcours des répondants en ce qui a trait à leur état de santé mentale. Même si au départ dans notre fiche signalétique aucune donnée ne cherchait à identifier précisément la problématique de santé mentale des répondants, la plupart d'entre eux ont ouvertement mentionné leur diagnostic ou les principaux symptômes vécus. Ainsi, schizophrénie, anxiété, paranoïa, psychose toxique, trouble bipolaire et dépression furent les principaux TM ou symptômes dévoilés durant les entrevues.

De nombreux facteurs ou évènements de la vie d'un individu peuvent précipiter l'apparition d'un trouble mental. Les répondants ont plus particulièrement fait référence à deux types d'évolution de la maladie : a) l'évolution graduelle, faisant référence à des

symptômes qui sont apparus au fil du temps, que ce soit en lien ou non avec une consommation d'alcool ou de drogue et b) l'apparition soudaine, ou autrement dit, liée à l'influence de facteurs externes (par exemple la consommation). Sans toutefois pouvoir nommer clairement des facteurs déclencheurs de leur trouble, les répondants racontent leurs premières expériences en lien avec leurs symptômes de TM.

En premier lieu, les répondants ayant eu une évolution graduelle des symptômes (n=4) ont principalement fait référence aux manifestations liées aux idées paranoïdes intrusives, à l'anxiété ou à la manie. Ils mentionnent avoir observé des changements, d'abord mineurs, mais ensuite plus importants, dans leurs comportements, leurs émotions (anxiété principalement) et leurs schèmes de pensée. Un premier répondant raconte l'apparition soudaine d'hallucinations dans sa vie : « [...] un moment donné, j'ai comme disjoncté là, je me suis mis à voir des affaires partout où ce qu'il n'y en avait pas » (répondant 1). Un autre parle de l'apparition graduelle de symptômes reliés à la schizophrénie, soit des hallucinations et des pensées intrusives :

Je me suis mis à consommer. Au début, ... je pensais lire sur les lèvres des gens, mais au début j'avais des symptômes seulement quand je consommais... je voyais... je voyais les lèvres des gens qui bougeaient dans les voitures, moi je m'en rentrais en bicyclette de l'école puis je voyais des voitures, les gens, ils bougeaient leurs lèvres... puis un moment donné, c'est devenu confus, il y a comme eu des voix qui se sont ajoutées. Tu sais, ça s'est fait tranquillement au début en consommant puis plus tard c'était plus... ç'a commencé tranquillement (répondant 5).

L’apparition de tels symptômes peut être confrontant et difficile à accepter pour les personnes. C’est pourquoi tous les répondants mentionnent avoir fait preuve de déni lors de l’apparition de leurs premiers symptômes. Les extraits suivants appuient leurs dires :

[...] tu sais des fois tu pars d’un fait réel puis oui le fait est là, mais c’est de la façon que tu l’interprètes ... tu sais... c’est comme un peu si tu vivais un traumatisme mettons et bien, c’est comme si tu vivais un traumatisme parce que toi tu penses que la situation elle est vraie fait que tu la vis pour vrai, sauf que ton entourage ils ne comprennent pas parce qu’ils ne savent pas ... pourquoi tu ne « feel » comme ça face à des choses qui n’existent pas tu sais entre guillemets là (répondant 1).

[...] c’est ça, quand tu es dans une période maniaque là, tu ne te rends pas compte de tes agissements puis tes paroles puis toute [...] je suis rentré à l’hôpital en ambulance puis ... j’ai passé une semaine à l’urgence psychiatrique. L’urgence psychiatrique ce n’était pas... [Réflexion]. Je pensais que tout le monde jouait un rôle comme au cinéma, je pensais que j’étais vraiment dans un film de Jim Carey (répondant 4).

Je ne voulais pas me faire soigner. Je me disais je ne me ferais pas soigner, je vais rester comme je suis (répondant 5).

Quoi qu’il en soit, la présence soutenue des symptômes a éventuellement amené les répondants vers une consultation (ex. : urgence, prise de médication, psychologie, suivi à l’IUSMQ, etc.) et une prise de conscience de leur problématique.

En second lieu, les autres répondants (n=3) ont fait référence à une apparition soudaine et rapide de leur TM. Pour deux répondants, la psychose a été identifiée comme étant une conséquence de leur consommation abusive et leurs habitudes de vie

inadéquates, tandis que pour un autre, un accident d'automobile et une perte de capacités physiques ont mené à des symptômes dépressifs. Dès lors, sans nommer de signes précurseurs, ces répondants ont évoqué avoir vécu subitement, ou dans un court laps de temps, les symptômes d'un TM. À cet effet, un premier répondant mentionne avoir vécu les symptômes d'une psychose à la suite d'une charge de travail trop importante, mélangée à une consommation abusive :

Je pouvais fumer de 7 à 14 grammes de pot par jour. Je fumais avec tous mes clients. Un moment donné ... j'ai aidé un gars à se partir une compagnie de ménage puis on faisait des tracs publicitaires [...] J'en suis venu à faire une psychose qu'ils appellent, burn-out, psychose (répondant 3).

Un deuxième répondant exprime les différentes psychoses ayant été vécues au fil des ans. Mentionnant consommer de façon abusive depuis sa jeune adolescence, celui-ci rapporte avoir vécu des moments de grande anxiété l'ayant ainsi conduit vers une hospitalisation à plusieurs reprises. En conséquence, il nomme la consommation comme étant responsable de son état de santé mentale :

Je pensais que mon père était en danger chez eux, qu'il était en train de se faire extorquer de l'argent. Je suis allé chez eux et je suis entré par effraction [...] une fois, c'était une tentative de suicide, l'autre fois c'était une menace de me suicider... [...] j'avais pris un couteau et je l'avais mis contre la gorge et j'ai dit si tu n'appelles pas le 911 je me coupe la jugulaire. [...] puis l'autre fois c'était, j'ai pris mes pilules... qui étaient dans la pharmacie, dans la salle de bain, chez moi puis ma blonde, puis le tas de pilules puis je les ai toutes prises [...]. Je suis tombé en psychose probablement à cause de la fumée du crack-cocaïne... fait que j'étais sûr qu'il y avait un complot (répondant 7).

Finalement, un troisième répondant exprime l'apparition rapide de symptômes dépressifs ayant conduit à une tentative de suicide suite à la perte de capacités physiques et d'une autonomie. Il verbalise que l'acceptation de sa condition lui était ainsi impossible

[...] j'ai eu un accident de travail [inaudible] puis qui m'a donné beaucoup de problèmes au niveau du dos, puis une [inaudible] importante au niveau de la jambe gauche. Fait que mon état s'est détérioré beaucoup dans les cinq dernières années et je ne l'accepte pas. Vraiment, vraiment pas... je suis une fille hyperactive fait que... de me retrouver comme isolée, tout le temps à la maison, pas capable de faire pas grand-chose [...] Je suis en douleurs chroniques présentement... j'ai fait une tentative de suicide qui m'a apporté ici (répondant 6).

Ainsi, chaque répondant a partagé sa première expérience avec les symptômes de TM et comment ils sont apparus dans leur vie. Afin de mieux comprendre leur réalité, il leur a été aussi demandé de partager leur quotidien en lien avec leur TM.

5.2.2 Vivre au quotidien avec un TM

Tous les répondants ont rapporté des impacts négatifs associés aux symptômes de leur trouble mental mentionnant qu'en effet, les symptômes interfèrent, à des degrés divers, dans leur quotidien. Premièrement, les répondants identifient certains symptômes de la psychose (ex. : paranoïa, hallucinations et anxiété) comme étant des contraintes à la vie de tous les jours. Les extraits suivants traduisent la pensée de deux d'entre eux :

Il y a un bout je ne sortais même plus pour aller porter les vidanges, j'étais dans mon lit en dessous de ma couverte, là je me fais espionner [...] il y a du monde qui me surveille, à la maison il y a des micros, il y a des caméras (répondant 1).

[...] j'ai comme disjoncté là, je me suis mis à voir des affaires partout ou ce qu'il n'y en avait pas pis [...] ton entourage ils ne comprennent pas parce qu'ils ne savent pas [...] pourquoi tu « feel » comme ça face à des choses qui n'existent pas [...] (répondant 1).

C'était incroyable... il y avait des nuits que je me barricadais dans la maison, ma blonde se levait : qu'est-ce que c'est que ça ? La table était rendue devant la porte, le piano devant la porte patio (répondant 2).

D'autres symptômes associés à la maladie qu'il s'agisse des pertes de mémoire occasionnelles, le manque d'intérêt ou la baisse de motivation affectent également le quotidien des personnes comme l'indique ce répondant : « [...] la schizophrénie moi ce que ça faisait, ça me vidait le cerveau comme s'il n'y avait rien. Comme si j'avais les yeux fermés puis qu'il n'avait rien » (répondant 5). Un autre ajoute :

[...] on dirait que tout est lourd puis que tout est dur là... mais j'essaie de refaire de la peinture à la maison et je ne suis pas capable. Je vais m'asseoir devant ma toile et je vais la regarder pendant une heure... tu sais je ne bougerais pas, je ne suis pas capable... tout est comme gros, tout est difficile... j'ai l'impression que tout est une montagne... faut je sorte dehors avec les chiens c'est lourd, il y a pas grand-chose qui me tente (répondant 6).

Le déni de leur condition et de leurs symptômes fut rapporté comme élément important pouvant avoir des conséquences significatives sur eux-mêmes et leurs proches dans le quotidien « [...] quand tu es dans une période maniaque là, tu ne te rends pas compte de tes agissements puis tes paroles puis toute [...] » (répondant 4), « [...] que si on parle de maladie que moi je suis convaincu que je ne suis pas malade, que c'est un état, que c'est un état d'être, que je veux dire que je serais capable de fonctionner » (répondant 3). Ce même répondant ajoute également devoir vivre au quotidien avec les préjugés face

à sa condition. Selon ce même répondant, la perception du personnel soignant ainsi que des gens l'entourant ont eu un impact sur son rétablissement et sur les soins reçus : « mais hum... les préjugés dont je suis victime, les préjugés dans le sens que le monde pense [...] (répondant 3).

5.2.3 L'évolution du TM dans la dernière année et les facteurs associés

Malgré les difficultés rencontrées face à leur problématique jusqu'à maintenant, certains répondants ont affirmé avoir vu une amélioration de leur état, donc un rétablissement, dans la dernière année. Ainsi, afin d'avoir une meilleure compréhension de leur vécu actuel, les répondants ont été questionnés sur l'évolution de leur TM dans la dernière année et des facteurs ayant pu contribuer positivement ou négativement à cette évolution selon eux.

Sur l'ensemble des répondants, cinq ont indiqué que leur état mental s'est significativement amélioré dans la dernière année. À ce sujet, plusieurs éléments ont été rapportés. Tout d'abord, posséder un emploi ou faire du bénévolat a été une pierre angulaire pour un répondant. À ce propos, il exprime : « Mon travail, le bénévolat que je fais me rapporte beaucoup. Ça me fait voir du monde, c'est un lieu public, fait que je commence à connaître les clients puis ça fait trois ans et demi que je suis là » (répondant 1). Ensuite, de bonnes habitudes de vie et des loisirs sains pour un autre répondant ont été important dans son rétablissement « je m'entraîne, je prends des marches [...]. Tu sais j'ai tellement repris ma vie en main là » (répondant 2).

Pour trois autres répondants, la médication, le respect de la posologie ou l'équipe médicale ont été des éléments majeurs de leur amélioration. En exemple, un de ceux-ci verbalise :

Je te dirais que ça a évolué, ça, c'est assez steady là. Dans le fond, j'ai eu une petite période dépressive, mais rien de majeur là. J'ai eu d'autres moments où je pétais le feu, mais rien de majeur là, je ne pars pas dans mon monde irréel [...] c'est sûr que l'équipe ici a eu un rôle dominant dans ma stabilité, après ça j'imagine que ma médication a joué un rôle important aussi (répondant 4).

Pour un autre répondant, une meilleure reconnaissance et gestion des symptômes appartenant au TM apportent une stabilité et une diminution de l'anxiété : « [...] j'ai travaillé beaucoup sur moi-même à savoir c'était quoi mes forces, mes faiblesses, c'était quoi qui déclenchait toutes ces situations (hallucinations et paranoïa) » (répondant 1). Finalement, un réseau social plus adéquat, c'est-à-dire sans consommation et apportant du soutien à la personne a été identifié comme facteur positif :

Bien, j'ai retrouvé une vie normale tu sais, quand tu passes de rien à une vie normale... Oui mon réseau social ; j'ai perdu tout le monde parce qu'ils étaient dans la consommation, pas que je ne les aime pas, c'est que moi j'ai changé et je ne veux plus ça [...] Je suis en train de me reconstruire un réseau. Je n'ai pas beaucoup d'amis proches, mais ceux qui sont proches de moi je sais que je peux leur faire confiance. Tu sais qu'ils ne m'appellent pas juste pour avoir de l'argent, de la dope ou tu sais... un lien sincère (répondant 1).

Toutefois, deux répondants ont été moins positifs face à leur dernière année en ce qui a trait à leur santé mentale. L'un d'entre eux indique se sentir au même niveau

qu'auparavant et l'autre souligne que son état s'est dégradé : « Eh bien non ! Ça ne va pas très bien encore. Ça ne s'est pas beaucoup amélioré. Mon état d'esprit ne s'est pas beaucoup amélioré, mon sentiment intérieur qui fait mal est toujours là, est toujours présent » (répondant 6). À ce propos, il précise que les mauvais contacts avec le personnel soignant ont été un obstacle à son rétablissement dans les derniers temps.

5.2.4 Le rétablissement du trouble mental et ses facteurs d'influence

5.2.4.1 Perception des répondants face à leur rétablissement

Comme observé dans le point précédent, les répondants se sont montrés majoritairement positifs quant à leur processus de rétablissement de manière générale jusqu'à aujourd'hui. Toutefois, afin de mieux comprendre ce que peut représenter leur rétablissement et leur vision actuelle de leur avancement, ils ont été amenés à cibler sur une échelle de zéro à dix leur niveau rétablissement au moment de la passation de l'entrevue. Si la plupart des répondants ont indiqué une note élevée (sept et plus sur dix), deux répondants se sont placé plus bas (quatre et six sur dix). À la lumière de ces évaluations subjectives de leur rétablissement, il est intéressant de remarquer que ces derniers sont également les mêmes à s'être positionné plus bas lors du *STORI*.

Ayant été utilisé précédemment à l'entrevue semi-dirigé, le *STORI* (*Stades of Recovery Instrument*) a servi pour évaluer, de manière quantitative, où se situe les répondants quant à leur stade de rétablissement relativement à leur problématique de santé

mentale. Il est à noter que les résultats présentés ici concernent six des sept répondants¹².

Ces résultats sont présentés dans le Tableau 7. Afin de bien comprendre les différents stades, il est important de se rappeler leur signification. Tout d'abord, le moratoire est caractérisé par un retrait et un sentiment de découragement chez l'individu. Ensuite, la conscience représente une réalisation graduelle du potentiel de rétablissement et une recherche d'espoir. Après, la préparation concerne l'évaluation des forces et des faiblesses relativement au rétablissement et aussi un début de mise en action. La reconstruction, de son côté, est identifiée par un travail actif de l'individu dans la recherche d'une identité positive et de buts à atteindre afin de reprendre contrôle de sa vie. Finalement, la croissance signifie le moment où la personne vit une vie active ou elle est en mesure de gérer adéquatement sa problématique (Weeks et al., 2011). En occurrence, des résultats obtenus, le premier constat qui émerge est à l'effet que la majorité des répondants se situe à des étapes avancées de leur rétablissement, soit aux stades 4 et 5. Ainsi, plus du tiers (33,3%) des répondants se retrouvent au stade de la reconstruction tandis que la moitié se retrouve au stade de la croissance. Un seul répondant (16,6%) se situe au stade moratoire.

¹² Durant la passation du questionnaire sur le rétablissement en santé mentale (STORI), un seul répondant a refusé de répondre à certaines questions. Plus précisément, le terme « maladie » tel que mentionné dans de nombreuses questions dans le STORI fut retenu comme inacceptable pour le répondant. En conséquence, les résultats pour ce répondant ne purent être retenus dans la compilation des données. Il est à noter qu'il s'agit du même répondant que pour la passation de l'URICA.

Tableau 7

Synthèse de la compléction du STORI

Dimensions	N	%
Moratoire	1	16,6
Conscience	0	0
Préparation	0	0
Reconstruction	2	33,3
Croissance	3	50

5.2.4.2 Perception des répondants face aux facteurs d'influence dans leur rétablissement

Au cours des entrevues, les répondants ont parlé des facteurs ayant une influence positive et négative dans leur rétablissement, tout comme de facteurs qui sont actuellement « absents » et qui pourraient devenir facilitateurs dans leur processus. Cette section s'attarde à ces facteurs, selon qu'ils appartiennent à l'individu, à l'environnement ou à l'intervention et aux programmes.

En ce qui concerne l'individu lui-même, un répondant a rapporté que l'arrêt de la consommation serait nécessaire au rétablissement. Ce même répondant ajoute que l'arrêt de sa consommation pourrait apporter une régularité dans la prise de sa médication : « j'arrêterais de consommer, j'aurais des médicaments par injection. [...] dans le fond une médication qui est prise tous les jours » (répondant 4). Deuxièmement, une faible estime de soi est également citée comme obstacle au rétablissement par une personne: « [...] juste le fait de prendre des médicaments tous les jours, à tous les matins en te regardant dans le miroir, en te disant que t'es malade mental ça, ça n'aide pas pour l'estime puis ça aide pas

pour l'espoir [...] » (répondant 4). Finalement, deux répondants indiquent que la présence de symptômes nuit à leur rétablissement : « Eh bien je suis toujours dépressive, je pleure tout le temps, je ne dors pas. Tu sais, j'ai les mêmes symptômes que j'avais avant de faire ma tentative de suicide » (répondant 6).

En ce qui a trait à l'environnement de l'individu, nous retrouvons en premier lieu le désir de retrouver une autonomie face aux soins reçus, mais également en lien avec leur milieu de vie. Or, plus du tiers soulignent le désir de redevenir autonome et de ne plus dépendre des soins ou même d'une médication pour fonctionner au quotidien comme l'attestent ces extraits :

« Et bien j'aurais plus de joie de vivre, il me semble que je me sentirais mieux dans ma peau puis que je serais plus, plus en mesure d'être autonome entièrement, de ne pas dépendre nécessairement des autres » (répondant 6).

« [...] déménager tout seul en appartement ou avec une autre en appartement, avec... être moins sous l'emprise du système hospitalier » (répondant 7).

En deuxième lieu, trois répondants rapportent que leur célibat actuel demeure un obstacle majeur à leur rétablissement. Selon eux, un ou une partenaire de vie leur apporterait une stabilité, une vie sociale et un encadrement dans leurs habitudes de vie. Finalement, comme facteur environnemental le plus important selon les répondants (n=5), serait le besoin d'augmenter les occupations valorisantes comme des loisirs, des passions et même de trouver un emploi : « [...] j'aurais probablement découvert d'autres passions.

Je pratiquerai certainement d'autres activités que ceux que je fais en consommant » (répondant 4).

Pour terminer, tel que soulignés par certains répondants, les soins reçus, la médication et l'équipe clinique ont fait la différence dans l'évolution positive de leur rétablissement. Notamment, en tant que facteur contribuant au rétablissement selon les répondants, les soins reçus de la part de l'IUSMQ ou d'autres services de la ville de Québec ont eu plusieurs impacts sur leur processus. Plusieurs éléments positifs liés aux services ont été nommés par les répondants. En premier lieu, être accompagné dans ses démarches personnelles (ex. : logement, emploi, etc.) a permis à un répondant d'évoluer vers l'autonomie : « je vais être bon pour avoir mon appartement, mon allocation d'aide au logement là que je me louerais un logement en sortant d'ici » (répondant 3). En second lieu, le soutien que de tels services procurent a été majeur pour près du trois quarts (71,4%) des répondants. En guise d'exemple, un répondant mentionne le sentiment de soutien et de sécurité procurés par ces services :

Les autres services comme je t'ai dit, travailleur social, éducateur spécialisé, ça peut m'aider, si admettons tu sais je me ramasse dans la rue plus de logement ou ben j'ai plus de bouffe. Tu sais, ils vont me diriger ailleurs dans d'autres ressources là, mais c'est sécurisant de savoir que ça existe (répondant 1).

Plus précisément, ce soutien permet de maintenir une stabilité dans leur vie et leurs démarches « [...] c'est sécurisant, c'est quand tu peux appeler, tu rencontres, puis tu racontes tes affaires, tu sais ils sont... c'est le fun d'avoir des gens qui nous back puis...

en tu cas moi j'aime bien avoir ... [silence, réflexion] des conseils, des conseils, des façons de voir différentes de la mienne » (répondant 5). Enfin, pour trois personnes, ce l'opportunité de verbaliser leur vécu et de communiquer leurs difficultés : « le psychiatre c'est positif parce qu'on fait des bilans à chaque fois qu'on se voit parce que... ça me prouve que je me rétabliss, de jaser avec et d'avoir du recul sur certains évènements puis toute là, mais c'est positif dans ce sens-là » (répondant 1). Ainsi, de manière générale, les répondants ont affirmé avoir reçu des soins adéquats qui les ont aidés dans leur processus de rétablissement. D'ailleurs, certains sont demeurés avec une vision positive de leur cheminement et en retiennent majoritairement du positif : « [...] moi je ne vois pas ça comme une défaite, je vois ça comme une victoire, j'ai réussi à m'en sortir. J'ai passé mes trois hospitalisations sur la même unité avec le même psychiatre. Je ne peux pas me réveiller le lendemain matin puis dire c'est de la marde [...]. Je ne peux pas... parce que j'ai tellement eu les meilleurs soins que je n'ai jamais eus là » (répondant 2). Le Tableau 8 synthétise les facteurs d'influence rapportés précédemment.

Tableau 8

Les facteurs ayant une influence positive ou négative dans le rétablissement d'un trouble mental

Dimensions	Catégories	N
Positifs	Abstinence (individuel)	1
	Autonomie (individuel)	3
	Occupations (environnemental)	5
	Accompagnement (relié aux interventions)	1
	Soutien (environnemental)	5
	Espace pour ventiler (environnemental)	3
Négatifs	Faible estime de soi (individuel)	1
	Présence de symptômes (individuel)	2
	Célibat (environnemental)	3

5.3 L'apparition, l'évolution et le rétablissement d'une problématique de consommation

Les entrevues semi-dirigées ont également mis l'emphasis sur les expériences de consommation des individus, de même en ce qui a trait aux impacts de ces habitudes dans la vie et le rétablissement des répondants. Afin de mieux comprendre l'influence de la consommation, chaque répondant a été amené à parler de : a) son initiation vis-à-vis la consommation et du contexte dans lequel la problématique s'est installée ; b) des impacts positifs et négatifs d'une telle consommation à travers leur vie et finalement c) de son processus de rétablissement en lien avec cette problématique. Cette portion ne se veut pas un portrait exhaustif de chaque répondant concernant leur historique de consommation, mais plutôt une présentation des constats généraux relativement à notre échantillon. Il est également à noter qu'au moment de la passation de l'entrevue, quelques répondants avaient réussi à atteindre une abstinence quant à leur consommation, selon un temps variable. De ce fait, le passé est utilisé dans certaines descriptions.

5.3.1 Le premier contact avec les substances

Dans la majorité des cas (n=6), la consommation a débuté en lien avec le réseau social, en occurrence les amis, où l'alcool et le cannabis ont été les premières substances principalement utilisées : « [...] moi je voyais du monde fumer du pot j'étais comme, je veux l'essayer, je veux savoir c'est quoi ça fait. J'ai toujours eu comme cette mentalité-là » (répondant 1). Se déroulant majoritairement à l'adolescence (n=6), les premières expériences de consommation avaient comme but de divertir, de rechercher et d'explorer de nouvelles sensations ou pour simplement le plaisir et le divertissement. Par conséquent, tous les répondants mentionnent avoir eu du plaisir dans leurs premières expériences avec la consommation, ce qui les ont amenés à poursuivre l'exploration d'autres substances :

J'ai travaillé dans un entrepôt. Là sur l'heure du diner les gars sortent dehors fumer du pot, là j'essaye ça pour la première fois, je fume du pot. Aye j'ai ben trop aimé ça [...] ça a commencé à l'âge de 17 à fumer du pot... jusqu'à 29 ans... là après ça le pot, la bière, c'était des partys en tout temps (répondant 2).

Si pour certains répondants la consommation demeure récréative, voire un passe-temps, à travers leurs premières expériences durant la période de l'adolescence, pour d'autres, elle prend rapidement toute la place apportant ainsi des conséquences sur leur santé. Un répondant raconte :

Quand j'étais au secondaire, je veux dire que j'étais adolescent dans le fond, [...] je fumais avant d'aller à l'école, je fumais au break, je fumais au diner, je fumais l'après-midi, je fumais en arrivant chez nous, je fumais après souper, je fumais dans la veillée, puis je fumais avant de me recoucher. Puis un moment donné ça m'a rendu dépressif, anxieux (répondant 1).

La majorité des répondants (n=4) est consciente d'avoir une problématique de consommation vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (18 à 22 ans), sans toutefois réaliser les conséquences psychologiques ou physiques. Pour les autres, ce n'est que plus tard dans leur vie adulte qu'ils ont réalisé avoir une problématique reliée à leur consommation (fin de la vingtaine). Toutefois, peu importe le moment où ils ont réalisé l'ampleur de leur consommation, les répondants rapportent que certains éléments sont venus éveiller des soupçons relativement à la présence d'une problématique. Le fait de vivre un épisode de psychose toxique s'est avéré, pour près de la moitié des répondants (n=3) être un événement significatif dans cette prise de conscience : « [...] je suis tombé en psychose probablement à cause de la fumée du crack-cocaïne... fait que j'étais sûr qu'il y avait un complot puis... c'est là que je me suis menacé de me suicider [...] » (répondant 7). Dans le même ordre d'idées, les symptômes de TM aujourd'hui présents leur font dire que leur consommation était problématique : « [...] si j'avais arrêté de consommer, je ne serais pas là. J'aurais eu comme diagnostic trouble psychotique dû à la drogue, mais à moins long terme » (répondant 2). Par contre, la réflexion relativement à leur passé de consommation leur mentionne à quel point leur consommation a été et est encore au moment de l'entrevue pour certains, une problématique dans leur vie. À cet effet, le répondant 5 raconte : « ils me disaient à chaque fois que tu as envie de consommer, pense aux effets négatifs, aux impacts négatifs que ça va avoir sur ta vie ». Également, le répondant 7 ajoute : « maintenant, je ne m'autorise pas à boire. Je ne peux pas, je n'ai pas le goût de retourner en thérapie, je n'ai pas le goût de retourner en psychiatrie, je n'ai pas le goût de perdre mes chats ou mon logement ou tout ça ». Ce dernier extrait témoigne

également des pertes associées à la consommation et au désir du répondant de ne pas retourner dans cette voie.

Toutefois, qu'en est-il de l'évolution dans leur consommation ? Chaque répondant mentionne que depuis leur initiation aux substances, quelles qu'elles soient, leur consommation a graduellement augmenté à travers les années et les expériences. À ce propos, les répondants expriment plusieurs opinions, sans toutefois cibler les raisons particulières de cette augmentation. À la lecture des propos des répondants, nous pouvons cibler deux types de facteurs : les facteurs internes et les facteurs externes.

En tant que facteurs internes, deux éléments distincts ont été rapportés soient la recherche de plaisir et le désir de réduire les symptômes de TM par la consommation. Pour le premier facteur, un répondant mentionne « les stimulants ont fait que ça me donnait comme le goût de vivre puis que j'avais du fun là-dessus tu sais c'est pour ça que j'ai accroché » (répondant 2). Ensuite, pour appuyer le deuxième, un répondant souligne l'augmentation de sa consommation proportionnelle à l'augmentation de ses symptômes de TM « après quand j'ai commencé à être plus malade, j'ai commencé à prendre du PCP, de la coke [...] je me droguais avec tout ce que je trouvais » (répondant 5). Le même répondant ajoute :

Et bien au départ je ne voulais pas consommer de drogues dures, mais, tu sais... plus tu consommes... plus que j'étais malade fait que je m'en sacrais un peu plus, ça ne me dérangeait moins [...]. Je sais qu'un moment donné je ne voulais pas prendre de drogues dures, puis... j'ai décidé un moment donné d'en prendre (répondant 5).

D'un autre côté, parmi les facteurs externes, nous retrouvons le réseau social comme source potentielle d'influence. L'extrait suivant en témoigne : « c'est vraiment ton environnement social, tu sais si tout le monde ils se font des tracks devant toi à la longueur de la journée, ils sont là : aye c'est le fun, c'est le fun ! Que tu fumes du pot ou pas, tu vas l'essayer un moment donné » (répondant 1).

5.3.2 Les avantages et les désavantages de la consommation

Que la problématique et les impacts psychologiques et physiques aient été conscientisés ou non, aujourd'hui les répondants reconnaissent tous que leur consommation a ou avait des avantages et des désavantages. Cependant, malgré le fait que l'emphase ait été axée sur les impacts négatifs, les répondants ont également été amenés à se prononcer sur les avantages de leur consommation. À cet égard, les répondants ont nommé que leur consommation a eu, pendant un certain temps ou même encore aujourd'hui, des avantages.

Avant tout, les répondants ont majoritairement reconnu (n=6) que la consommation leur apportait du plaisir « et bien c'est récréatif c'est sûr, c'est agréable. Tu te sens bien, tu fais un buzz » (répondant 5). Et au-delà du plaisir, la consommation devient un loisir, un passe-temps :

Eh bien, tu sais les hallucinations ça devient tentant, ça devient... tu... je ne sais pas comment dire... ça devient agréable là de consommer. Tu sais je te l'ai dit c'est récréatif là puis... un moment donné tu veux essayer d'autres affaires... c'est ça c'était mon loisir. C'était un loisir (répondant 1).

Également, il est rapporté que la consommation peut d'abord servir de relaxant, d'antidouleur : « il n'y a pas beaucoup d'avantages à part que ça aide légèrement pour la douleur, mais ça aide pas à 100% » (répondant 6). Un autre répondant ajoute : « bien c'est sûr que l'alcool en modération ça calme les nerfs » (répondant 7). Ensuite, il est également nommé qu'à travers les loisirs et les intérêts de la personne, certaines substances peuvent stimuler la créativité « [...] comme la création, écrire, jouer de la guitare sur le speed c'est un charme, c'est le fun c'est incroyable-là » (répondant 1). Pour un autre, la recherche d'adrénaline, de sensations fortes ou de moyens constants d'évasion fut la raison principale de l'augmentation de sa consommation : « mais pour moi l'escalade c'est ça, les stimulants ont fait que ça me donnait comme le goût de vivre puis que j'avais du fun là-dessus tu sais c'est pour ça que j'ai accroché » (répondant 2). Par ailleurs, un autre répondant mentionne « [...] puis tu sais des fois quand tu as échec par-dessus échec tu vois plus le bout du tunnel ben c'est le fun d'être sur un peak, c'est pas mal mieux» (répondant 1).

Inversement, du côté des désavantages, il est reconnu par tous les répondants que les principaux impacts d'une consommation régulière sont psychologiques. D'une part, près du tiers (n=2) mentionne que leur consommation a eu des impacts sur leur capacité à gérer leurs émotions ou leurs difficultés dans la vie devenant ainsi une stratégie de fuite ou d'évitement comme le témoigne cet extrait :

[...] c'était comme des fois pour chasser la solitude, l'anxiété... quand j'avais des problèmes, je me garrochais là-dedans... c'était comme une béquille pour moi la drogue là parce que c'était récréatif un bout, c'était le fun, c'était pour le plaisir puis un moment donné c'était comme ha ça feel pas je vais en fumer... ça feel pas je vais prendre telle affaire... là je suis down, je vais me prendre un speed pour aller travailler (répondant 1).

Le temps utilisé, voire perdu à consommer, constitue un autre désavantage nommé par les répondants. En effet, ce temps n'a pu être consacré à la réalisation de projets, à la recherche d'emploi, etc. Un répondant s'exprime sur les opportunités qu'il considère avoir manquées parce qu'il consommait :

Mais qu'est-ce que j'ai trouvé dur là voilà peut-être un mois ou deux, plus dur, c'est que c***** j'ai 31 ans... [Réflexion] puis c'est là que j'ai plein d'idées... tu sais ça été dur de dealer avec ça parce que... [...] parce que j'aurais pu le faire... [Pause, réflexion] c***** de drogue, c***** de drogue ! J'aurais pu faire ça voilà 8 ans en arrière ! (répondant 2).

Des conséquences physiques, parfois irréversibles, sont également associées à la consommation des répondants. Un répondant souligne que la consommation a, selon lui, affecté son système immunitaire et il en réalise aujourd'hui les impacts : « [...] c'est des prises de sang qui m'ont dit que j'avais de la misère avec mes plaquettes là... [...] ça nuit, ça nuit à ton système là comme ça ne se peut pas » (répondant 3). Toutefois, comme impact majeur, il est rapporté par six personnes l'apparition graduelle de symptômes, d'abord mineurs, de TM (ex. : paranoïa, anxiété, dépression, etc.) comme dérangeants et inquiétants. Un autre ajoute : « t'es trois jours sur le cul parce que tu passes d'une à deux nuits debout. Tu feel pas, tu te sens anxieux, tu te sens dépressif » (répondant 2).

Deuxièmement, comme autre impact psychologique, un répondant mentionne : « [...] ça pette des cellules [...] la rapidité d'esprit puis toute là. Aujourd'hui j'en vois les répercussions. À l'école aussi j'avais de la difficulté puis toute. Fait que ça jamais vraiment aidé sur le côté intelligence, mettons » (répondant 4). Le Tableau 9 se veut une synthèse des avantages et des désavantages de la consommation tels que rapportés par les répondants.

Tableau 9

Avantages et désavantages de leur consommation selon les répondants

Dimensions	Catégories	N
Avantages	Antidouleur (individuel)	2
	Créativité (individuel)	1
	Gestion des affects (individuel)	3
	Plaisir (individuel)	6
Désavantages	Gestions des affects (individuel)	2
	Opportunités manquées (individuel)	1
	Problèmes de santé physique (individuel)	1
	Symptômes de TM (individuel)	9

5.3.3 Le rétablissement de la problématique de consommation

Tout comme pour le rétablissement de la problématique de santé mentale, les répondants ont été amenés à se positionner sur leur rétablissement en ce qui a trait à la problématique de consommation. Par conséquent, cette section, divisée en deux parties, cherche à explorer leur perception face à leur changement de comportement et les facteurs ayant contribué positivement ou négativement à ce changement.

5.3.3.1 La perception des répondants face à leur stade de changement

Pour la totalité des répondants de l'étude, se rétablir d'une problématique de consommation est synonyme d'abstinence. Toutefois, seulement deux des sept répondants indiquent avoir atteint ce stade au moment des entrevues. L'un se disait abstinente depuis un an, l'autre depuis treize ans.

Dès lors, il est remarqué que ces informations sont en partie corroborées par les résultats obtenus par l'*URICA* (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*) qui a permis de situer les répondants par rapport à leur progression vers un arrêt de la consommation. Il est important de rappeler que ces stades sont reliés au modèle motivationnel de Prochaska et DiClemente (1983) et représentent l'évolution de l'individu dans son désir de changement de comportement. Ces stades sont aux nombres de quatre soient la précontemplation qui représente le moment où aucune intention de changer n'est présente, la contemplation lorsque la personne se conscientise sur sa problématique et qu'il envisage des moyens, l'action est le moment où la personne modifie activement son environnement et ses comportements et finalement, le maintien symbolise la conservation dans le temps du nouveau comportement désiré. Avant de présenter les résultats, il importe ici de préciser que six des sept répondants ont accepté de répondre à tous les items du questionnaire¹³.

¹³ Le troisième répondant considérait que certaines questions n'étaient pas pertinentes en lien avec son vécu. Ce faisant, il a refusé de répondre à certaines questions, rendant la compilation impossible.

Les résultats permettent alors de constater que 16,6% sont au stade de précontemplation alors que la moitié des répondants (50%) est au stade de l'action. Il est également observé qu'un peu plus du tiers (33,3%) des répondants affichent plus d'un stade de changement dans leurs résultats. Il est important de mentionner que l'*URICA* donne un aperçu du stade de changement chez un individu pour une seule problématique à la fois. Cependant, comme indiqué dans la section 5.1 du cinquième chapitre, certains répondants consommaient de manière problématique plusieurs substances simultanément. En outre, lors de la passation du questionnaire, la consigne demandant de remplir un questionnaire *URICA* par substance problématique utilisée a été omise, ce qui pourrait expliquer à notre avis la présence de plusieurs stades de changement chez un même individu dans les résultats. Notamment, selon les données de la partie 2 de la fiche signalétique, les combinaisons de consommation différentes les plus fréquentes sont : a) l'alcool et les boissons énergisantes (n=4), de même que b) l'alcool et le cannabis (n=3). Également, malgré l'expérimentation de différentes substances au cours de leur vie (ex. : amphétamines, crack, LSD) les répondants retiennent majoritairement trois substances comme étant ou ayant été problématiques au cours de leur vie soit le cannabis (n=3), l'alcool (n=2) et la cocaïne (n=1). Le Tableau 10 apporte des informations sur les stades de changement des répondants lors de la collecte de données.

Tableau 10

Synthèse de la compléction de l'URICA

	Précontemplation	Contemplation	Action	Maintien
Répondant 1	45	40	45	45
Répondant 2	55	50	70	55
Répondant 4	50	40	45	50
Répondant 5	50	10	40	25
Répondant 6	50	55	70	55
Répondant 7	45	40	50	45

5.3.3.2 Perception des répondants face aux facteurs d'influence dans leur rétablissement

Suite à la passation des entrevues semi-dirigées avec les répondants, deux tendances ont été observées : a) les répondants ayant atteint l'abstinence et b) ceux désirant poursuivre leur consommation ou n'étant pas prêts à renoncer aux avantages de la consommation.

Pour le premier groupe, différents facteurs ont contribué à l'arrêt de leur consommation. Pour le répondant 2, le maintien et l'engagement dans de bonnes habitudes de vie (ce qui inclut également le maintien de l'abstinence) ont fait toute la différence. Ainsi, l'entraînement, un sommeil adéquat avec un outil pour contrer l'apnée du sommeil et une bonne alimentation l'ont aidé à retrouver une motivation et un bien-être. Pour le répondant 5, les thérapies lui ont permis d'atteindre l'abstinence et de cheminer dans sa motivation et son désir de cesser sa consommation : « j'ai su où j'avais fait l'erreur. Je me suis autorisé à aller boire. C'est aussi simple que ça. Maintenant, je ne m'autorise pas à

boire. Je ne peux pas. Je n'ai pas le goût de retourner en thérapie, je n'ai pas le goût de retourner en psychiatrie ».

En ce qui a trait aux cinq autres répondants, ils consommaient toujours, à des degrés divers, au moment de réaliser l'entrevue. Plutôt que de viser l'abstinence, ces répondants visaient une consommation modérée. Le plaisir, le loisir et la détente sont au cœur de leur désir de poursuivre leur consommation. Même en considérant que leur consommation peut être problématique, certains répondants ne sont pas prêts à se dégager des conséquences positives que peut leur apporter la substance. En guise d'exemple, parce qu'il mentionne avoir déjà été en mesure de se contrôler par le passé, un répondant souligne qu'il aimeraient avoir une consommation modérée d'alcool, c'est-à-dire de deux à trois consommations par jour :

Avec modération. Fait que mettons 3 bières le soir. [...] la consommation modérée parce que la consommation modérée ça a quand même marché un bout de temps [...]. Et bien je me permettrais le plaisir de boire un peu de bière, avoir un feeling pas nécessairement d'être saoul, d'avoir un petit feeling, relaxation (Répondant 7).

En parallèle, trois répondants souhaitent poursuivre une consommation récréative de cannabis, mais désirent toutefois demeurer abstinents en ce qui concerne les drogues qu'ils considèrent comme « dures » (ex. : crack, LSD, cocaïne, etc.). Pour eux, une consommation récréative représente une consommation occasionnelle c'est-à-dire deux à trois fois par semaine et elle est reliée à la détente et au plaisir. En guise d'exemple, le répondant 4 s'exprime à ce propos :

C'est sûr qu'une consommation modérée, peut-être une fois la fin de semaine ce serait l'idéal parce que j'adore ça fumer du pot. C'est un passe-temps, j'adore ça. Je veux dire [...] peut-être une consommation modérée, contrôlée, ce ne serait pas toutes les fins de semaine, ce serait peut-être une fois par mois, ce serait parfait pour moi. [...] plus pour se faire du fun que de se faire du bien (répondant 4).

Finalement, un dernier répondant mentionne avoir toujours besoin de ses narcotiques afin de soulager ses douleurs physiques encore trop présentes, mais souhaite ne pas en augmenter la dose et éventuellement cesser de prendre cette médication.

Mais de manière générale, ce qui est observé dans ces extraits est que plus le répondant communiquait le besoin de recevoir des services en lien avec sa consommation, il nommait le désir de consommer et l'incapacité à contrôler ses excès de consommation, moins il avait l'impression que son rétablissement était avancé. C'est ainsi que les facteurs contribuant au rétablissement sont observés sous deux angles : les facteurs internes et les facteurs externes ayant une influence sur le rétablissement selon les répondants.

Globalement, deux facteurs internes ont pu être identifiés. Premièrement, l'absence d'envie de consommer est nommée comme essentielle au rétablissement, car lorsqu'elles sont présentes, les envies deviennent très dérangeantes : « [...] peut-être ne plus avoir aucune envie de boire. Pour la drogue ça ne me dérange plus, c'est la boisson que j'ai envie de boire. Pas tout le temps-là, mais souvent » (répondant 7). Deuxièmement, la présence de plus d'activités et de loisirs est nommée comme un signe de rétablissement

important : « j'aurais probablement découvert d'autres passions. Je pratiquerai certainement d'autres activités que ceux que je fais en consommant » (répondant 4).

Toutefois, les répondants identifient davantage de facteurs externes pouvant influencer positivement leur rétablissement. Tout d'abord, un environnement social sans consommation avec la présence d'amis, de la famille, d'un conjoint ou d'une conjointe pouvant supporter et aider la personne dans son rétablissement :

Un environnement social plus serré parce que comme je te dis je n'ai pas grand monde, de vrais chums là, mais ceux qui sont là je les apprécie puis toute, mais il y a certains besoins que j'ai spirituellement, entre guillemets là, qui ne sont pas comblés, tu sais... j'aimerais ça avoir une blonde, j'aimerais ça avoir un peu plus de chum sur qui je peux compter parce que quand je t'ai conté tantôt que la solitude, ça me tue (Répondant 1).

Ensuite, à l'image de ce qui a été évoqué précédemment en ce qui concerne les troubles mentaux, le fait de recevoir des services semble être un élément aidant dans le rétablissement de la consommation. De ce fait, la majorité des répondants ($n=4$) avait reçu des services dans le passé afin de traiter une problématique de consommation, que ce soit une thérapie fermée, des groupes d'entraide ou un accompagnement individuel. Toutefois, actuellement, moins du tiers ($n=2$) des répondants mentionnait recevoir des services en lien avec une problématique de consommation lors de l'entrevue. Pour les autres, soient-ils ne recevaient aucun service ($n=2$) ou ils étaient en attente pour en recevoir ($n=3$). Notamment, aucun de ces derniers n'indiquait avoir fait de démarches individuelles pour en recevoir, c'est-à-dire que dans tous ces cas, les services ont été fortement recommandés

ou orchestrés par les services de santé mentale ou par les tribunaux. Quoi qu'il en soit, même s'ils reçoivent ou ne reçoivent plus de services au moment de l'entrevue, tous les répondants sont d'accord pour dire qu'ils peuvent être positifs dans leur rétablissement. Cependant, tous ne sont pas motivés actuellement à atteindre l'abstinence, telle que nommée plus haut, ce qui pourrait expliquer l'absence de services chez certains.

En lien avec les services reçus, de manière générale, les répondants n'en retiennent que du positif. Tout d'abord, que ce soit pour les aider à atteindre une abstinence de consommation ou pour la gestion de leurs comportements inadéquats, le soutien est souligné comme étant un élément positif important « et bien positif, c'est qu'au moins c'est que je ne perds pas la tête, je ne fais pas de folies » (répondant 7). Ensuite, à propos du soutien reçu, un répondant a nommé l'aspect motivation, plus particulièrement l'intérêt de se donner des objectifs et d'obtenir de l'aide afin de les réaliser « ça a des effets présentement. Je te dirais que je me trouve des objectifs, je vois une certaine motivation que je ne voyais pas avant » (répondant 4).

5.4 Le trouble concomitant

Après avoir survolé chacune des problématiques individuellement et leurs impacts respectifs dans la vie des répondants, dans une troisième section de l'entrevue semi-dirigé, les répondants ont été amenés à s'exprimer sur leur vécu concernant la présence simultanée des deux problématiques. Tout d'abord, cinq répondants considèrent qu'un lien existe entre leur problématique de consommation et leur TM. Que ce soit afin

d'atténuer les symptômes dérangeants du TM (ex. : anxiété, paranoïa) et de se sentir « normal » à nouveau (c'est-à-dire sans symptôme) ou une manière de gérer leurs émotions agréables (désir d'avoir du plaisir) ou désagréables, la majorité des répondants rapporte une association entre les deux problématiques. Afin d'appuyer ces affirmations, un répondant évoque : « [...] mais tu sais, quand t'es écoeuré d'être pogné dans une prison dans ta tête et il y a une substance qui t'aide à passer par-dessus ça puis que tu te sens normal, c'est dur de décrocher de cette substance-là » (répondant 1). Un autre ajoute : « [...] fait que le stress causé par je ne sais pas moi de l'anxiété ou de la paranoïa, on compense en prenant de la boisson pour se calmer les nerfs » (répondant 7).

Toutefois, les répondants ne considèrent pas les deux problématiques comme étant équivalentes sur le plan des conséquences négatives. En les questionnant sur leur principale problématique perçue, c'est-à-dire celle étant la plus importante selon eux en matière de conséquences négatives (ex. : symptômes, pensées intrusives) dans leur vie actuellement, quatre rapportent que leurs symptômes de TM demeurent les plus dérangeants au quotidien. Pour deux répondants, la problématique de consommation demeure la plus dérangeante par leurs envies incontrôlables de consommer. Or, un répondant précise pour sa part qu'il n'est pas en mesure de spécifier une problématique plus importante que l'autre.

Même s'ils diffèrent dans leurs objectifs au sujet de leur rétablissement, tous les répondants considèrent que leur rétablissement global, c'est-à-dire une rémission de leur

TM et de leur problématique de consommation, demeure la priorité dans leur vie au moment de la passation de l'entrevue. Autrement dit, aucun répondant ne désire prioriser une problématique en particulier dans sa démarche où le rétablissement complet et la rémission de leurs symptômes représentent leur but ultime. Toutefois, en termes d'objectifs, chacun des répondants s'est exprimé sur sa ou ses priorités. Pour certains, les objectifs concernent davantage la gestion quotidienne de la maladie et de la consommation. L'idée de vivre « un jour à la fois » ou de se centrer sur le moment présent ressort du discours de certaines personnes :

« 24 heures à la fois » (répondant 2).

« Là, j'essaie de vivre une journée à la fois. Je suis rendu à peu près là... c'est à peu près ça mon objectif, c'est de passer la journée » (répondant 6).

« [...] dans le fond... contrôler ma consommation. Présentement, c'est du contrôle involontaire parce que je n'ai vraiment pas d'argent. Je ne peux pas m'en acheter » (répondant 4)

« [...] de faire les efforts de ne pas consommer, de rester calme, de faire des meetings des Alcooliques Anonymes, contrôler les pensées négatives de santé mentale » (répondant 7).

D'autres, qui sont rendus à des stades plus avancés de leur rétablissement ont des objectifs qui touchent d'avantage leurs occupations quotidiennes et récréatives ou encore la sphère socioprofessionnelle :

J'aimerais retourner sur le marché du travail, avoir un diplôme comme je te parlais tantôt et de faire de quoi dans ce que j'aime, tu sais... ça, c'est un de mes buts, peut-être de voyager un peu, aller voir d'autre chose parce que tout le monde que je connais qui voyage ils reviennent, ils sont changés pour le mieux (répondant 1).

Et bien je vais le faire d'ici janvier. J'ai été étudié à l'école en éducation spécialisée, j'ai arrêté. Mais je veux retourner à un stage où je suis déjà été, dans une épicerie. Travailler à l'épicerie. [...] si je travaillais de 12 à 15 heures par semaine... je ferais ma part (répondant 5).

Ces objectifs liés à une plus grande inclusion sociale rejoignent plusieurs des rêves évoqués par les répondants, lorsque questionnés sur cet aspect. Ainsi, pouvoir partager sa vie avec quelqu'un (n=3), avoir un logement de manière autonome (n=3), avoir des enfants (n=2), obtenir un emploi (n=2) et maintenir leurs loisirs actuels ou en faire de nouveau (n=2) sont les principaux éléments évoqués. Pour un plus faible pourcentage de répondants (n=1), l'arrêt de la médication, être autonome des services de santé ainsi que de pouvoir avoir davantage d'argent serait l'idéal de rétablissement.

5.5 Les facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant

À travers les entrevues, ont été évoqués plusieurs facteurs de la part des répondants ayant eu selon eux des impacts soit positifs ou négatifs dans leurs démarches de rétablissement. Pour chacune des sections seront présentés les facteurs individuels, environnementaux et liés à l'intervention. Des tableaux effectuant la synthèse de ces facteurs seront également présentés.

5.5.1 Les facteurs positifs

Tout d'abord, en commençant par les facteurs relatifs à l'individu, quatre facteurs ont été identifié dans les propos des répondants : l'acceptation de la condition à propos de leur santé mentale, la bonne gestion des symptômes, l'hygiène de vie adéquate et l'impact

des souvenirs négatifs de consommation. Premièrement, l'acceptation de la condition de santé mentale est rapportée comme importante pour le rétablissement. Des répondants rapportent qu'ils ont dû apprendre à vivre avec les symptômes et se réapproprier sa vie malgré la maladie :

Parce qu'il y en a des gens que j'ai rencontrés, je deviens chum avec puis ouais qu'est-ce que tu as fait dans les dernières années, je suis franc je ne le cache pas. Je serais prêt à faire des conférences devant bien du monde et raconter ma vie. J'ai passé par-dessus ça, je l'ai accepté puis quand t'as accepté ça tu es capable d'en parler après (répondant 1).

Deuxièmement, une bonne gestion des symptômes de santé mentale est aussi évoquée comme positif dans le rétablissement « j'ai appris à mettre mes limites puis j'ai appris aussi à savoir c'est quand je paranoïe, c'est quand je fais de l'anxiété pour rien » (répondant 1). Le répondant 5 ajoute également être en mesure de mieux gérer les symptômes désagréables « et bien maintenant je les gère par moi-même [les symptômes], ou j'ai des PRN [Pro Re Nata : médication prise au besoin] ou j'ai tout le temps de la musique que je me mets. Je m'occupe assez bien de mes difficultés ».

Troisièmement, l'hygiène de vie est citée comme un facteur important. Les répondants font notamment référence à l'exercice physique, à l'alimentation et au sommeil. Par exemple, un répondant cite : « c'est ça, puis j'ai commencé à faire plus d'exercice, je perds beaucoup de poids, j'essaie de faire attention à mon alimentation. J'essaie de prendre soin de moi » (répondant 1).

Quatrièmement, les facteurs individuels les moins souvent évoqués par les répondants sont : l'arrêt de la consommation, la motivation personnelle à cheminer positivement ainsi que l'espoir de croire en un changement. Également, un répondant mentionne que la gestion saine de ses pulsions de consommation et qui selon lui l'empêche de consommer :

[...] je le sais qu'avec une consommation ça va être dangereux, ce n'est pas à cause que t'es en c**** que t'as le goût de consommer. T'as ben beau être joyeux, bonne humeur : aye yes sir je suis rendu à 300 livres ! Ce n'est pas sain de me dire dans ma tête je vais aller consommer pour aller compenser ça. Ça a été dur de dealer avec ça, tu sais [...]. Je ne vais pas consommer parce que je suis content, mais maintenant je me contrôle là (répondant 2).

De plus, les souvenirs négatifs de consommation ont également été mentionnés comme positifs dans la mesure où ils préservent la personne d'un retour vers la consommation et d'un désir de demeurer sobre :

J'ai fait tellement de conneries. La justice m'a envoyé en thérapie, tout le monde... j'ai fait trop de conneries puis... j'ai réalisé, maintenant j'ai peur de consommer à cause de ça. J'ai peur de consommer, c'est à cause je ne veux pas me retrouver ou j'étais, c'est trop, c'était dangereux, tu sais (répondant 5).

En ce qui concerne les facteurs reliés à l'environnement, quatre facteurs ont été inventoriés. Premièrement, le fait d'avoir des activités significatives, a été rapporté par tous les répondants comme étant important et essentiel. Cela permet de sortir de l'isolement, de se sentir utile, d'avoir du plaisir ou de rencontrer des gens. Les répondants ont évoqué trouver un refuge réconfortant dans des activités et des loisirs sains. À titre

d'exemple, un répondant déclare « si je n'avais pas la peinture, la musique tout ça, tu sais il y aurait... je serais un peu sans rien ». En parallèle, deux autres répondants mentionnent l'importance de ce facteur pour eux :

[...] Bien mon travail, le bénévolat que je fais me rapporte beaucoup. Ça me fait voir du monde, c'est un lieu public [...] j'aime mieux être serré un peu puis être bien dans ce je fais que faire des affaires comme à 20\$ de l'heure, si je n'en ai rien à foutre je vais m'emmerder (répondant 1).

Aller prendre un café au sous-sol de l'église St-Roch... comme... aller prendre un thé à la maison du thé... plein d'autres activités comme aller manger une pizza, aller prendre une marche dans le bois, tu sais il y a d'autres choses. Moi je suis chanceux j'ai d'autres choses qui m'intéressent de faire (répondant 3).

Deuxièmement, il a été souvent signalé l'importance d'avoir le soutien des proches dans les démarches de rétablissement. Les personnes doivent non seulement être présentes, mais être positives, saines et supportantes. Quelques répondants, dans leur cheminement ont d'ailleurs choisi de s'éloigner de certaines personnes plus négatives ou ayant des habitudes de vie ne convenant plus avec aux leurs. Les extraits suivants démontrent l'importance du réseau de soutien :

Des personnes importantes dans ma vie il y en a quand même plusieurs... qui m'aident dans mon rétablissement... il y en a que oui parce qu'ils ont ce problème-là aussi et ils savent c'est quoi (répondant 1).

Elle [sa mère] est fière de moi parce que j'ai commencé à m'entrainer puis toute, tu sais, même ma marraine elle est fière de moi, tu sais. Dans ma famille proche, tout le monde sont fiers » (répondant 2).

Tu sais j'ai eu beaucoup de visites, j'ai eu beaucoup de monde qui sont venu me voir [...] le fait que le monde porte de l'intérêt envers

moi puis... tout ça m'a aidé à surmonter ça [sa première hospitalisation pour TM]. Je me sentais moins seul (répondant 4).

[...] la sécurité qu'ils m'apportent, ben c'est des amis, tu sais... tu sais je me sens apprécié. Il y a plusieurs personnes qui sont malades qui n'ont pas la famille, qui n'ont pas d'amis. Moi et bien je suis chanceux j'ai ces personnes-là. Elles me font confiance [...] (répondant 5).

Je n'ai pas beaucoup d'amis proches, mais ceux qui sont proches de moi je sais que je peux leur faire confiance. Tu sais qu'ils ne m'appellent pas juste pour avoir de l'argent, de la dope ou tu sais... un lien sincère (répondant 1).

Finalement, relativement aux facteurs relatifs aux interventions, c'est-à-dire le personnel soignant et les institutions de soins, nous retrouvons premièrement la médication comme facteur fondamental. Dès lors, quatre répondants ont souligné que leur médication a fait la différence dans la gestion quotidienne et la stabilité de leurs symptômes permettant ainsi de poursuivre leurs activités. Notamment, un premier répondant déclare « les symptômes sont encore là, c'est juste que j'apprends à les gérer, c'est tannant, mais c'est vivable là, la médication a aidé aussi [...] » (répondant 1). Un autre ajoute : « un jour je les prenais, d'autre jour je les refusais, toutes... puis là un moment donné j'ai commencé à les prendre pendant deux semaines de temps. Là, ça fait du bien. Je me sens calme, moins suicidaire, moins si, moins ça » (répondant 2). Deuxièmement, le soutien global des professionnels de la santé dans le cheminement des répondants est également évoqué à plusieurs reprises comme déterminant dans le processus de rétablissement :

Ça me donne de la sécurité, j'ai des références, j'ai des gens qui sont là quand j'ai besoin [...] c'est sécurisant, c'est quand tu peux appeler, tu rencontres, puis tu racontes tes affaires, tu sais ils sont... c'est le fun d'avoir des gens qui nous back [...] moi j'aime bien avoir [silence, réflexion] des conseils, des conseils, des façons de voir différentes de la mienne (répondant 5).

Plus spécifiquement, les attitudes de non jugement, d'écoute active et d'empathie des intervenants ont fait la différence pour certains répondants dans leur acceptation des soins et leur investissement thérapeutique. Le Tableau 11 résume les facteurs positifs nommés par les répondants ainsi que le nombre de fois qu'ils ont été cités.

Tableau 11

Les facteurs positifs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant

Facteurs	Catégories	N	Répondant	
			S	
Individuels	Acceptation	3	1	
	Gestion des symptômes	3	2	
	Hygiène de vie	3	2	
	Impacts négatifs de la consommation	3	1	
	Arrêt de la consommation	2	2	
	Autodétermination	2	2	
	Espoir	1	1	
	Gestion de pulsions reliées à la consommation	1	1	
	Peur de perdre les acquis (de rétablissement)	1	1	
		1		
Total		9		
Environnementaux	Activités significatives	1	7	
	Soutien social	5	6	
	Réseau social adéquat	1	4	
	Changement de milieu	4	1	
		7		
		1		
	Total	3		
		7		
Reliés aux interventions	Médication	8	4	
	Contacts positifs avec le personnel soignant	6	4	
	Soutien des professionnels	4	4	
	Baisse de la médication	1	1	
	Gestion de la consommation	1	1	
	Maintien des objectifs	1	1	
		2		
Total		1		

N = le nombre de citations évoquant le facteur

Répondants = le nombre de répondants ayant évoqué ce facteur

5.5.2 Les facteurs négatifs

En ce qui concerne les facteurs négatifs, les répondants ont nommé plusieurs éléments qui ont nui à leur processus de rétablissement de manière générale. Que ce soit sur le plan individuel, de leur environnement ou relativement aux interventions, l'objectif a été de ressortir les facteurs les plus souvent cités par les répondants. Pour les facteurs négatifs, ceux-ci ont été rapportés par les répondants comme des éléments ayant eu un impact négatif sur leurs symptômes de TM, leur consommation et sur leur désir et motivation de poursuivre les démarches de rétablissement.

En ce qui concerne les facteurs individuels, trois facteurs ont été identifiés. D'abord, l'utilisation de la consommation dans l'objectif de s'évader des symptômes désagréables apportés par le TM a été évoquée. En guise d'exemple, deux répondants déclarent :

[...] mais tu sais quand t'es écœuré d'être pogné dans une prison dans ta tête et il y a une substance qui t'aide à passer par-dessus ça puis que tu te sens normal c'est dur de décrocher de cette substance-là. [...] Fait que la santé mentale vient faire que tu consommes une substance puis la substance vient faire que tu as d'autres problèmes qui resurgissent (répondant 1).

Le stress puis le fait que l'alcool c'est un, un dépresseur du système nerveux central je pense hein ? Fait que le stress causé par je ne sais pas moi, de l'anxiété ou de la paranoïa, on compense en prenant de la boisson pour se calmer les nerfs. [...] une fois qu'on commence ça, là on se sent pas bien quand on n'a pas bu fait que ça nous prend notre bière du matin, puis la bien, ça, ça cause d'autres problèmes puis... c'est comme une roue qui tourne, c'est... une spirale qui descend, ça va de pire en pire... [...]. On boit parce qu'on a des problèmes et on a des problèmes parce qu'on boit fait qu'on boit parce qu'on a des problèmes puis ça ne finit pas (répondant 7).

Également, une faible estime de soi et des pulsions de consommation souvent présentes ont un aussi un impact négatif sur le rétablissement « je ne le sais pas... peut-être ne plus avoir aucune envie de boire. Pour la drogue ça ne me dérange plus, c'est la boisson que j'ai envie de boire. Pas tout le temps-là, mais souvent » (répondant 7).

Ensuite, quatre facteurs reliés à l'environnement ont été recensés. Le plus régulièrement rapporté par les répondants demeure celui de l'influence négative du réseau social pouvant selon eux amener la personne à consommer davantage où à essayer de nouvelles substances : « moi ma vision de la chose : si je prends ça globalement, je ne crois pas que le cannabis peut apporter à la coke, je ne pense pas que le cannabis peut apporter aux speeds... c'est vraiment ton environnement social » (répondant 1). Puis, un autre ajoute « tous mes amis étaient schizophrènes quasiment, tu sais [rire]. Plusieurs amis qui étaient schizophrènes puis eux autres ils ne se faisaient pas soigner là... c'était plutôt la drogue, le PCP tout ça » (répondant 5). Toujours en lien avec le réseau social, un autre facteur important mentionné par deux répondants est l'accessibilité aux substances pouvant influencer la consommation. En guise d'exemple, le répondant 3 cite : « j'en ai, j'en consomme, j'en ai pas j'en consomme pas ». Toutefois, le répondant 7 communique bien l'impact de l'accessibilité de l'alcool et de la drogue sur sa consommation durant son adolescence :

J'étais dans un milieu de drogue fait que, d'alcool et de drogues [...]. Comme pour la bière dans les débuts là ben... pas dans les tout débuts là, mais une fois que j'avais 17-18 ans ma mère le vendredi elle nous donnait de l'argent pour deux 24. Elle disait : t'achèteras une 24 pour toi puis tes amis et une 24 pour moi. Fait que là je prenais, c'est elle qui nous la payait la bière puis en plus, elle ne le savait pas, mais moi je vendais du hash fait que j'avais toujours du bon hash d'afghan noir là, de la bonne qualité (Répondant 7).

Finalement, trois éléments ont été nommés quant aux facteurs relatifs aux interventions. D'emblée, il importe de préciser que seulement deux répondants ont évoqué des facteurs liés à l'intervention. Avant tout, la perte de confiance envers les intervenants est un facteur de non-engagement dans les services et aussi de perte de motivation envers le traitement. Un répondant raconte alors sa mauvaise expérience de soins reçus comme un impact l'ayant amené à ne pas vouloir poursuivre les traitements avec cette équipe et à douter de la compétence du personnel soignant « dans le fond je me dis que si ici on est spécialisé là-dedans et on n'est même pas capable de s'occuper de quelqu'un [...] » (répondant 6). Parallèlement, un intervenant trop rigide dans son approche peut également nuire au processus de rétablissement « [en parlant de la relation avec le professionnel rencontré] ça n'a vraiment pas bien été, mettons que ça m'a fait vivre énormément de stress, d'angoisse, d'anxiété [...], j'ai comme l'impression tu sais qu'on s'est dépêché puis on m'a garroché » (répondant 6). Un autre facteur concerne la perte d'autonomie face au traitement, c'est-à-dire la sensation pour l'individu de ne pas avoir de choix dans son rétablissement ou face aux intervenants :

Et bien j'aimerais mieux me sentir plus libre, fait que... C'est sûr qu'on se sent plus comme une bête dans une cage. Comme dans une maison de chambre que c'est, surveillé. Il ne peut pas y avoir aucune consommation. Les gens de l'équipe PACT viennent quatre fois par semaine me voir. Même mes médicaments je ne les ai même plus c'est Monsieur [nomme son nom] le concierge, le gérant de l'immeuble qui les a maintenant. Fait que je trouve que j'ai pris du recul un peu (Répondant 7).

Le Tableau 12 présente un résumé des facteurs considérés comme négatifs dans le rétablissement d'une personne atteinte d'un trouble concomitant.

Tableau 12

Les facteurs négatifs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant

Facteurs	Catégories	N	Répondants
Individuels	Consommation pour gestion des symptômes de TM	6	4
	Pulsions de consommation	2	1
	Faible estime de soi	1	1
Total		9	
Environnementaux	Influence négative du réseau social	6	4
	Accessibilité aux substances	2	2
	Préjugés	2	1
	Situations de vie difficiles	1	1
Total		11	
Reliés aux interventions	Perte de confiance envers les intervenants	2	1
	Rigidité du personnel soignant	2	1
	Perte d'autonomie face aux traitements	1	1
Total		5	

N = le nombre de citations évoquant le facteur

Répondants = le nombre de répondants ayant évoqué ce facteur

Chapitre 6 : Discussion et analyse des résultats

Ce sixième et dernier chapitre permet de faire le pont entre les différents résultats obtenus dans cette recherche, le cadre conceptuel et les écrits recensés. Cette étude avait comme objectif de documenter le parcours de rétablissement des personnes aux prises avec un trouble concomitant et plus particulièrement les facteurs d'influences en jeu. Cette étude visait à répondre plus précisément à la question suivante : quels sont les facteurs qui facilitent ou nuisent au rétablissement des personnes ayant des troubles concomitants ? Tel que mentionné, notre intérêt a été porté sur l'influence des facteurs individuels, environnementaux et liés à l'intervention, et ce, afin d'avoir un portrait global de la personne selon l'approche bioécologique de Bronfenbrenner (1979). Concrètement, ce projet de recherche a permis de brosser un portrait global des facteurs ayant eu une influence dans le processus de rétablissement chez sept personnes aux prises avec un trouble concomitant de consommation et de santé mentale. Ce chapitre est divisé en six parties. La première et la deuxième partie discutent des principaux résultats de l'étude en relation avec la recension des écrits et le cadre conceptuel. La troisième partie présente l'analyse des facteurs selon le modèle bioécologique. La quatrième partie parcourt la proposition d'un modèle exploratoire à propos des facteurs d'influence dans le rétablissement du trouble concomitant. Enfin, la cinquième et la sixième partie portent respectivement sur les forces, les limites et les biais de l'étude, de même que les recommandations qui en découlent.

6.1 Les principaux constats observés

Tel que constaté dans les écrits et les résultats qui émergent de cette étude (Tableaux 2, 3 et 12), les facteurs ayant une influence dans le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant sont nombreux et variés. Notamment, à travers l'analyse du vécu des répondants, quatre constats permettent de faire un parallèle entre cette étude et la littérature.

Le premier constat concerne l'hétérogénéité des facteurs individuels, de même que l'homogénéité des facteurs environnementaux. En effet, les facteurs individuels recensés dans cette recherche sont nombreux, mais ils sont abordés peu de fois par les répondants, alors que les facteurs environnementaux sont moins nombreux, mais évoqués à maintes reprises. Ce constat est purement statistique mais il laisse supposer différentes hypothèses. D'abord, l'expérience de rétablissement étant avant tout tournée vers soi-même, où chaque personne possède son expérience de vie et ses différences, il n'est pas surprenant de constater une variabilité dans les facteurs individuels chez les répondants. En effet, tel que le mentionnent Onken et al. (2007), le rétablissement tient compte des forces, des vulnérabilités et des ressources disponibles de chaque individu et c'est pourquoi il n'existe pas « une » seule trajectoire de rétablissement, mais bel et bien plusieurs trajectoires qui impliquent différentes combinaisons de facteurs. Par contre, tel que nommé précédemment, nous observons le phénomène inverse du côté des facteurs environnementaux. En tête de liste se retrouvent deux facteurs : les activités significatives et le soutien social. Ces deux facteurs étant les plus souvent rapportés par les répondants

démontrent sans aucun doute leur importance et leur valeur dans le rétablissement des individus aux prises avec un trouble concomitant. Fait intéressant, ces deux facteurs ont également été rapportés comme primordiaux dans le rétablissement selon les études consultées (Harding & Zahniser, 1994; Johnson, 2000; Laudet et al., 2002; Mead & Copeland, 2000; New Freedom Commission on Mental Heath, 2003; Nordfjaern et al., 2010; Onken et al., 2002; Onken et al., 2007; Ralph, 2000; Taylor et al., 1996; Townsend et al., 1999). Au-delà de l'importance de s'occuper simplement, il était compris dans le discours des répondants le besoin de se sentir reconnu, valorisé et important dans leur communauté ou société, rejoignant ainsi les propos d'autres auteurs sur la question (Anthony, 1993; Dornan et al., 2000; Onken et al., 2002; Russinova, 1999; Stephenson, 2000; Torrey & Wyzik, 2000). Nous estimons qu'une vision bioécologique est renforcée par l'idée que l'environnement joue un rôle majeur sur l'individu à travers son rétablissement. L'importance est donc de ne pas seulement considérer les forces de l'individu, mais aussi les forces de son environnement qui peuvent aussi devenir des pierres angulaires du rétablissement.

En gardant cette idée en tête, il est important de rappeler au lecteur que notre échantillon était composé majoritairement d'hommes (86%), sans emploi (86%), célibataire (86%) et sans enfant (71,4%). Si nous ajoutons à ces statistiques une stigmatisation sociale possible chez cette population (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005; Laudet, 2007; Nordfjaern et al., 2010), une incapacité à préserver un emploi et une vie sociale stable étant donné leur TM (Beale & Lambric, 1995; Onken

et al., 2002; Onken et al., 2007) et un risque de rechute important (Beale & Lambric, 1995; Laudet, 2007; Onken et al., 2002; Onken et al., 2007), nous nous retrouvons alors avec une population potentiellement isolée socialement. De par leurs conditions de vie, nous estimons que notre échantillon était davantage à risque de vivre une condition de pauvreté (ex. : source de revenu faible) ou d'isolement social (ex. : sans partenaire de vie, enfant ou collègue de travail). Dans cette optique, la moitié des répondants a exprimé que leur célibat est un obstacle à leur rétablissement et qu'environ le trois quart mentionnaient manquer d'occupation intéressante dans leur vie. En résumé, dans une approche où les répondants soulignent le rôle majeur de leur environnement dans leur rétablissement, nous nous retrouvons avec une population possiblement isolée ou stigmatisée, à risque de rechute, vivant les impacts de leur condition de santé et ayant peu de sources concrètes de valorisation dans leur vie. Donc, malgré l'importance que revêt cette sphère dans leur rétablissement selon le point des vues des répondants et les études consultées, il est remarqué paradoxalement une difficulté pour cette population d'atteindre concrètement ces bienfaits. L'exploration de ce constat pourrait sans doute faire partie d'une éventuelle recherche, cependant, cette observation renforce l'idée que par leur vision systémique de l'individu dans son rétablissement, les travailleurs sociaux sont des professionnels bien positionnés pour soutenir et accompagner les personnes aux prises avec un trouble concomitant.

Le deuxième constat indique que certains facteurs peuvent à la fois avoir des effets positifs et négatifs sur le rétablissement. Afin de visualiser leur relation, le Tableau 13

représente les neuf types de facteurs pouvant avoir soit un impact positif ou négatif sur le rétablissement de la personne. Il est important de mentionner que les facteurs n'ont pas été classés en ordre d'importance mais plutôt selon leur sphère d'influence (individuelle, environnementale, reliée aux interventions).

Tableau 13

Les pôles positifs et négatifs des facteurs de rétablissement identifiés par les répondants

Type de facteur	Pôle positif	Pôle négatif
Individuel	Abstinence	Préservation des habitudes de consommation
	Acceptation de la condition	Préjugés personnels/ autostigmatisation
	Espoir	Désespoir
	Gestion des envies de consommer	Présence d'envies dérangeantes de consommer
	Gestion des symptômes selon des méthodes reconnues de traitement	Autogestion des symptômes par la consommation d'alcool et de drogues
	Acceptation sociale de la condition	Stigmatisation Sociale
Environnemental	Passage d'un milieu empreint de consommation à un milieu sans	Influence du réseau/accessibilité aux substances
	Réseau social significatif et soutenant	Influences négatives du réseau social
	Confiance/contacts positifs les professionnels	Méfiance/contacts négatifs avec les professionnels
Reliés aux interventions		

De manière générale, ce tableau demeure une représentation du parcours que peut prendre l'individu à travers son rétablissement selon les facteurs recensés lors de cette étude. Il est alors possible de conclure que si la personne se retrouve dans la majorité des cas dans le pôle positif son parcours prendra une tangente vers le rétablissement. À noter

que peu importe le cheminement des personnes, tous les répondants ont entretenu de l'espoir face à leur rétablissement. Si nous nous ramenons au deuxième constat concernant le continuum de rétablissement, nous pouvons d'emblée mentionner, qu'avec le discours des répondants que la majorité d'entre eux se retrouvent dans le pôle positif pour plusieurs des neuf types de facteurs. Plus précisément, quatre répondants sur sept ont six facteurs sur neuf dans le pôle positif.

Troisièmement, en parallèle avec le premier constat, un autre indique que les facteurs positifs sont plus nombreux que ceux négatifs, tout comme pour la recension des écrits (Tableaux 2 et 3). Ce constat également à tendance purement statistique nous permet tout de même de porter un regard sur l'emphase du discours des répondants. Autrement dit, malgré les nombreux défis qu'apporte le rétablissement d'un trouble concomitant, les répondants auront eu tendance à exprimer davantage le côté positif de leur rétablissement, et ce, même si aucun d'entre eux ne mentionnait avoir atteint un rétablissement global de leur condition¹⁴. Toutefois, comment expliquer cette tendance dans le discours des répondants, autant dans cette étude que dans la littérature ?

En lien également avec le deuxième constat, il est remarqué une concordance dans le discours des répondants entre leur continuum de rétablissement et leur vision de leur

¹⁴ Il est important de rappeler que la définition du rétablissement retenue lors de cette recherche consiste pour la personne à surmonter ses difficultés en utilisant ses forces, ses ressources (individuelles et environnementales) et ses vulnérabilités à travers un cheminement non linéaire (Deegan, 1996, Onken, 2007).

rétablissement selon le STORI. Lorsque chaque personne est évaluée selon le continuum (ratio pôle positif vs pôle négatif) nous constatons aussi une tendance dans les résultats du STORI. Ainsi, selon les résultats obtenus, pour six pôles positifs ou plus dans son rétablissement correspondra à une phase de reconstruction minimalement, voire de croissance. À titre de rappel, la reconstruction et la croissance correspondent aux deux phases les plus avancées du rétablissement selon le STORI. La reconstruction est identifiée par un travail actif de l'individu dans la recherche d'une identité positive et de buts à atteindre afin de reprendre contrôle de sa vie à travers la problématique tandis que la croissance est pour l'individu le moment où il vit une vie active et est en mesure de gérer adéquatement sa problématique de santé mentale (Weeks et al., 2011). Le Tableau 14 présente le continuum de rétablissement selon les résultats obtenus par le STORI.

Tableau 14

Le continuum de rétablissement vs le STORI

Répondant	Continuum (nombre de vecteurs positifs sur neuf)	Résultats du STORI
1	7/9	Reconstruction
2	8/9	Croissance
4	4/9	Reconstruction
5	9/9	Croissance
6	1/9	Moratoire
7	6/9	Croissance

Finalement, le dernier constat porte sur la présence de facteurs individuels négatifs très différents entre ladite étude et la littérature. D'abord il est important de rappeler que notre recension des écrits ne nous a pas permis d'observer beaucoup de facteurs négatifs

du rétablissement (Tableaux 2 et 3). Cette étude a permis d'en dénicher quelques-uns tels que nous l'avons recensés dans les Tableaux 12 et 13. Ces facteurs négatifs touchent à la problématique de consommation et sont en lien avec la gestion des symptômes, des émotions et des envies de consommer. Nous retrouvons ce même constat dans la littérature (Centre canadien de lutte contre les toxicomâine, 2015; Fillion-Bilodeau et al., 2012; INESSS, 2016; Mueser, 2006; Regier et al., 1990; Rush & Nadeau, 2012) renforçant l'idée que le trouble mental influence la consommation et vice-versa. Toutefois, hormis cette différence, nous remarquons de manière générale une ressemblance dans les facteurs positifs et négatifs de rétablissement entre la littérature et ladite étude. On peut donc comprendre que peu importe le milieu et le vécu de la personne, des facteurs gagnants du rétablissement peuvent être observés. Les activités significatives ou le soutien du réseau social étant les facteurs les plus souvent mentionnés, l'importance de l'abstinence, de l'estime de soi, de l'acceptation individuelle et sociale, des habitudes de vie, de la bonne gestion des symptômes sont d'autres facteurs qui ont été soulevés par les répondants

6.2 L'expérience de rétablissement d'un trouble concomitant : les facteurs d'influence

Le prochain point analyse les facteurs positifs et négatifs, tels que recensés dans cette étude afin de mieux en comprendre leur signification. Cependant, sans faire un inventaire complet de tous les facteurs observés lors de cette étude, nous portons notre attention sur les facteurs positifs et négatifs considérés comme étant les plus importants, c'est-à-dire ceux ayant le plus grand impact selon les répondants et ceux les plus souvent

cités par les répondants. Le Tableau 15 rappelle les facteurs les plus souvent évoqués par nos répondants.

Tableau 15

Les principaux facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant

Facteurs	Catégories	N	Répondants
Individuels	Consommation pour gestion des symptômes	6	4
		3	1
	Acceptation de la condition de santé	3	2
	Bonne gestion des symptômes	3	2
	Bonnes habitudes de vie		
Environnementaux	Activités significatives	15	7
	Soutien social significatif	14	6
	Influence négative du réseau social	6	2
Reliés aux interventions	Médication adéquate	8	4
	Contacts positifs avec les équipes	6	4

En débutant par les facteurs positifs individuels, il est remarqué tout d'abord que l'acceptation de la condition de santé, autant en ce qui concerne le trouble mental que la consommation a été à maintes reprises discutée par les répondants. Apprendre à vivre avec une problématique de consommation ou une condition de santé permanente demeure un défi. Plusieurs répondants ont alors communiqué avoir été à un moment à ou un autre dans le déni de leur condition, poursuivant ainsi soit leur consommation ou omettant de prendre correctement leur médication. En lien avec l'acceptation, nous retrouvons le processus de demande d'aide. Autrement dit, l'acceptation peut devenir le moteur du changement en aidant la personne à réaliser ses problèmes, à prendre ses responsabilités et à modifier sa vie en conséquence (Farkas et al., 2002; Hatfield, 1992; Onken et al., 2002; Spaniol et al.,

1994; Stephenson, 2000; Torrey & Wyzik, 2000). Plusieurs répondants ont souligné être dans un processus d'acceptation de par leur participation aux soins et leur processus de demande d'aide. Parallèlement, nous pouvons sans doute faire un lien avec la motivation de la personne à retrouver un bien-être ou à devenir abstinente et son degré d'acceptation du trouble concomitant. L'acceptation de la maladie a aussi été un facteur évoqué lors de la recension des écrits du chapitre 2, mais plus particulièrement au niveau du TM (Young & Ensing, 1999). Ce même facteur était aussi relié à la demande d'aide et la participation aux soins. Ensuite, étant donné l'influence négative entre la consommation de substances psychoactives et les symptômes de santé mentale telle qu'observée dans la littérature (Acier et al., 2007; Drake et al., 2002; Khantzian, 1985; Robinson et al., 2009), il n'est donc pas surprenant de constater que les répondants ont mentionné nécessaire de bien gérer leurs symptômes de TM (ex. : anxiété, paranoïa, symptômes dépressifs, manie, etc.) afin de préserver leur abstinence. Autrement dit, les répondants ont indiqué qu'une baisse des symptômes de TM facilitait la gestion des envies de consommer et en occurrence la consommation elle-même. Les symptômes pouvant être très incapacitants pour certains, plusieurs indiquaient au moment de l'entrevue consommer des substances afin de les diminuer, voire les éliminer momentanément. Et comme leurs envies de consommer pouvaient être très présentes, leur consommation devenait alors un facteur négatif important de leur rétablissement. Conséquemment, plusieurs répondants ont confirmé la présence d'une relation de dépendance entre leurs symptômes de TM et leur consommation, autrement dit, d'une consommation aidant à la gestion de leurs symptômes. Au final, tous étaient d'accord pour dire que leur consommation avait eu à un

moment ou à un autre des effets négatifs sur leurs symptômes de TM (ex. : anxiété, dépression, etc.). Ce qui a été observé chez les répondants, c'est-à-dire l'autogestion des symptômes par la consommation, a maintes fois été documentée dans les écrits sous le thème de l'automédication (Beaumont et al., 2005; Demetrovics, 2009; Drake et al., 2002; Fillion-Bilodeau et al., 2012; Mueser, 2006).

L'un des moyens plusieurs fois évoqués par les répondants afin d'apprendre à gérer les symptômes sont les saines habitudes de vie. La routine, le sommeil régulier, les repas équilibrés ainsi que l'exercice physique quotidien sont reconnus comme facilitateurs dans le maintien d'une santé mentale globale. Les gens aux prises avec un trouble concomitant ne sont pas différents et insensibles à cette routine et ont rapporté avoir besoin d'équilibre dans leur vie. Les bonnes habitudes de vie (ex : sommeil, exercice, alimentation) permettent alors de fournir l'énergie nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes, à la gestion de l'anxiété et du stress ainsi que permettre de supporter les symptômes de TM et les envies de consommation. Finalement, le dernier facteur individuel exploré indique l'inquiétude de perdre des acquis importants de rétablissement. Si les efforts relatifs au rétablissement apportent chez la personne une stabilité dans sa vie et par conséquent des acquis (ex. : appartement, travail, argent, voiture, relation sociale, relation conjugale, etc.), les répondants mentionnent alors un désir de préserver ces éléments. S'installe alors une crainte, toutefois bénéfique, qui peut permettre à la personne de remettre en question ses comportements, ses relations et ainsi pouvoir la préserver d'une rechute. À noter que ces deux derniers facteurs positifs, les habitudes de vie et la peur de

perdre les acquis, ont été observés seulement dans le discours des répondants de cette recherche. Même si la littérature ne fait pas référence au concept de la peur de perdre les acquis de rétablissement, il est toutefois observé dans les écrits le phénomène de changement suivant une période difficile où la personne «touche le fond du baril» (Laudet et al., 2002; Mitchell et al., 2011). Si par conséquent cette descente a permis à des personnes de se relever et de s'en sortir, nous remarquons sensiblement le même phénomène dans cette recherche, mais cette fois orienté vers la peur de tout perdre (ex : appartement, argent, relations sociales ou amoureuses, etc.).

Du côté des facteurs environnementaux ayant un impact positif au rétablissement, nous retrouvons majoritairement les facteurs concernant le soutien des proches, les activités significatives et le réseau social adéquat. Selon la littérature, les individus ont besoin de se sentir appuyés dans leurs démarches, de se sentir acceptés dans leurs difficultés et d'ainsi pouvoir se réaliser dans leur communauté par un travail, des loisirs, du bénévolat, etc. (Nordfjaern et al., 2010). Dans cette étude, plusieurs ont également souligné l'importance du soutien de leurs proches, de leurs activités sociales et d'un réseau social sain et équilibré. Si l'acceptation sociale de la condition de la personne, que ce soit la santé mentale ou la toxicomanie favorise le rétablissement (Nordfjaern et al., 2010), il est donc pas étonnant de constater que certains répondants ont nommé les effets positifs des encouragements, du soutien et de l'aide reçue de leurs proches et communauté. Le rétablissement demandant beaucoup d'énergie et de temps, le soutien est devenu pour certaines personnes capital afin d'éviter de se décourager et d'arrêter leurs démarches. De

plus, les proches sont ciblés comme étant des témoins du changement et de l'évolution positive de la personne pouvant alors devenir porteur d'espoir par leur message d'encouragement et leur soutien.

Lorsque négatif, le réseau peut aussi être source de distractions, de consommation, de mauvaise influence, de stress et d'anxiété. Certains répondants indiquaient avoir dû prendre des décisions importantes relativement à leur réseau social afin de sortir la consommation et les relations malsaines de leur vie et de tenter de se centrer uniquement sur leurs objectifs de mieux-être. Dans d'autres cas, certains répondants nommaient vivre dans un environnement potentiellement toxique pouvant les amener à laisser tomber leurs démarches, à les faire consommer ou dévier de leurs objectifs. S'il est entendu que les gens en rétablissement ont besoin de recevoir de la communauté un appui, une écoute face à leurs difficultés, qu'elle soit relative à leur santé mentale ou à leurs habitudes de vie, le contraire est donc signalé comme dommageable et négatif. Donc, l'acceptation sociale, les préjugés, le rejet et la stigmatisation de la condition de santé sont révélés chez quelques répondants comme décourageants et sources potentielles de rechute ou d'abandon des démarches. Pareillement dans la littérature, (Beale & Lambric, 1995; Markowitz, 2001; Nordfjaern et al., 2010; Onken et al., 2002), un manque d'acceptation sociale nuit aux démarches en générant du découragement et de la honte et finalement de l'isolement social.

Dans le même ordre d'idées, en lien avec les relations sociales, l'importance d'avoir un environnement sain loin de la consommation permet aussi à la personne aux prises avec un trouble concomitant de préserver son abstinence. Si la gestion des symptômes de TM est importante et que les liens entre symptômes et consommation ont été démontrés (Beaumont et al., 2005; Demetrovics, 2009; Fillion-Bilodeau et al., 2012; Mueser, 2006), il est d'autant plus important pour les répondants de pouvoir évoluer dans un environnement sans consommation. Pour certains, ce changement s'est opéré par la rupture des liens avec certaines personnes ou par un déménagement de quartier, voire de ville. Parallèlement aux relations sociales, plusieurs répondants ont axé leur témoignage sur les activités et les loisirs dans leur communauté comme source de motivation envers le rétablissement. Le besoin de se sentir utile, d'avoir des passe-temps, de s'amuser, de se sentir valorisé dans un contexte d'emploi ou de bénévolat sont tous des éléments rapportés par les répondants. Plus précisément, dans tous les facteurs recensés dans cette étude, l'importance d'avoir des activités significatives est le facteur le plus souvent rapporté avec quinze citations. Ainsi, le TM ou le trouble lié à l'utilisation de substance pouvant être handicapant socialement, mentalement ou physiquement ne permet plus parfois à la personne de se réaliser dans la société et de posséder un rôle valorisant nécessaire à son estime et sa confiance. En effet, pour plusieurs, de reprendre graduellement une place dans leur communauté est une manière de se sentir à nouveau comme faisant partie de la société dans laquelle elle reçoit soins et entraide. Ces facteurs environnementaux ont été remarqués dans le discours de plusieurs répondants, tout comme dans la littérature, faisant d'eux des facteurs importants et majeurs du rétablissement des personnes aux prises avec

un trouble concomitant (Ahern & Fisher, 1999; Harding & Zahniser, 1994; Johnson, 2000; Kramer, 2002; Mead & Copeland, 2000; Nordfjaern et al., 2010; Onken et al., 2002; Onken et al., 2007; Ralph, 2000; Taylor et al., 1996; Townsend et al., 1999).

Finalement, relativement aux interventions, deux facteurs ressortent comme important face au rétablissement : la médication ainsi que le contact avec l'équipe de traitement. Si la prise d'une médication adéquate, bien dosée, sans trop d'effets secondaires avait été nommée comme élément positif quant à la gestion des symptômes dans la littérature, elle fut également rapportée lors des entrevues par la majorité des répondants. La prise d'une médication peut représenter un stigmate de la maladie pour certaines personnes, leur rappelant ainsi leur problématique, leurs difficultés. En conséquence, les répondants mentionnaient qu'une médication inefficace sur les symptômes de TM et empreintes d'effets secondaires décourage le respect de la posologie et entraîne la personne vers un retour aux habitudes de consommation. Autrement dit, pour ces répondants, une médication appropriée équivaut à une gestion plus aisée des symptômes et par conséquent un désir moins présent de consommer. Conjointement à la médication, les équipes traitantes sont reconnues, autant dans le présent projet que dans la littérature, pour jouer un rôle majeur dans le rétablissement (Cook & Jonika, 2002; Mancini et al., 2005; Onken et al., 2007). Comme rapporté par les répondants, une relation thérapeutique enrichissante, c'est-à-dire une relation de respect, d'écoute, d'empathie et de liberté de choix, a fait la différence dans la rétention des services, l'acceptation d'une médication, le désir de demeurer abstinents et de s'investir dans leur propre rétablissement.

Ainsi, un climat de confiance entre la personne et l'équipe traitante est gage de succès en leur permettant de communiquer librement les craintes, difficultés et peurs relatives au rétablissement et ainsi de pouvoir se sentir appuyée dans les démarches. Parallèlement, ces deux mêmes facteurs ont également été soulevés dans la littérature comme importants et nécessaires à la relation d'aide et au rétablissement (Cook & Jonika, 2002; Mancini et al., 2005; Mitchell et al., 2011; Onken et al., 2007).

Plusieurs auteurs soulignent que l'abstinence demeure un élément primordial du traitement des dépendances (Dennis et al., 2005; Galanter, 2007; Laudet, 2007; Laudet et al., 2004; White, 2007). Il n'est donc pas surprenant de constater que parmi les répondants de cette étude que certains d'entre eux l'aient soulevée comme étant un facteur nécessaire au rétablissement. Dans le contexte du trouble concomitant, elle fut également mentionnée par plusieurs répondants comme étant une condition nécessaire à la stabilisation de leur santé mentale. De plus, souvenons-nous que la motivation avait été observée dans la littérature comme étant un facteur principal du rétablissement (De Leon et al., 1997; DiClemente et al., 1999; Drieschner et al., 2004; Groshkova, 2010; Rapp et al., 2003; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Joe, Rowan-Szal, et al., 1997). Cependant, dans cette étude, le facteur motivation n'a pas été clairement nommé dans le discours des répondants. Les personnes rencontrées exprimaient plutôt une forme de volonté, de force interne à changer, à se rétablir sous le sens de l'autodétermination à s'en sortir, à se rétablir. En ce sens, l'autodétermination est probablement le facteur le plus près de la motivation à travers cette recherche. Ce facteur pourrait donc représenter le désir de changer, de faire des choix

relatifs au changement, une certaine « peur » de perdre des acquis, et surtout la motivation au changement. Quelques répondants ont rapporté avoir besoin de volonté afin de vouloir se rétablir, mais ils ont surtout mis l'emphase sur l'acceptation de leur condition générale. On pourrait alors tenter d'expliquer l'absence du terme « motivation » à travers le discours des répondants en faisant le lien avec les résultats de l'*URICA* où aucun des répondants ne se retrouve dans le stade du maintien. Le stade du maintien est le dernier stade permettant à la personne de faire perdurer dans le temps les changements et maintenir les nouvelles habitudes de vie que ce soit la prise d'une médication, l'entraînement, l'arrêt de la consommation, etc. Ainsi, sans dire que les répondants n'ont pas été motivés dans leur rétablissement à un moment ou à un autre, l'absence de répondants dans le stade du maintien permet de croire qu'aucun d'eux n'a réussi à faire perdurer leurs nouvelles habitudes en terme d'arrêt ou de gestion de consommation.

6.3 L'analyse des facteurs selon le modèle bioécologique

La trame de fond de cette étude reposait sur le modèle bioécologique (voir le chapitre 3). C'est ainsi que nous avons voulu explorer l'influence de différents facteurs liés à l'individu, à l'environnement et aux interactions entre les deux. Cette section ne vise pas à reprendre tout ce qui a été dit précédemment à l'égard des facteurs d'influence dans le rétablissement, mais surtout à classifier ces derniers selon qu'ils relèvent de l'ontosystème, du microsystème, du mésosystème, de l'exosystème, du macrosystème et du chronosystème. La Figure 4 situe les principaux facteurs d'influence évoqués, selon la couche du modèle bioécologique à laquelle ils appartiennent. Étant donné une entrevue

semi-dirigée orientée vers le vécu de la personne, les principaux facteurs évoqués se retrouvent dans l'*ontosystème* et le *microsystème*.

Rappelons que l'*ontosystème* représente les caractéristiques personnelles de l'individu (valeurs, habitudes, expériences, génétique, etc.) et il est sans contredit nécessaire au rétablissement. Rappelons que le rétablissement est d'abord une expérience de mieux-être tournée vers soi-même où les habiletés personnelles de la personne sont mises à l'épreuve. Bien entendu, dans la recherche de facteurs d'influence, les répondants ont mis l'emphase sur les facteurs de leur ontosystème. De ce fait, ce système de l'approche bioécologique demeure celui qui contient le plus de facteurs, qu'ils soient négatifs ou positifs. Toutefois, plusieurs de ces facteurs n'ont été recensés qu'une seule fois. Autrement dit, les répondants ont axé sur leurs expériences personnelles ce qui a permis de constater la grande diversité de facteurs personnels chez chaque individu.

Comme l'*ontosystème* est divisé en trois catégories (ex. : les caractéristiques personnelles, les dispositions personnelles et les ressources individuelles), les facteurs observés dans le discours des répondants sont également classés en conséquence de ces catégories. D'abord, il est intéressant de constater qu'aucun facteur ne correspond à la première catégorie, soit les caractéristiques personnelles. Selon les répondants, les caractéristiques personnelles de l'individu, c'est-à-dire l'âge, la couleur de peau, la grandeur, etc. ne font aucune différence dans leur rétablissement. Toutefois, les dispositions et les ressources individuelles semblent jouer un rôle plus important.

Autrement dit, le rétablissement sera conséquent non pas de l'apparence et de la constitution de la personne, mais plus particulièrement de son attitude, de ses comportements, de son ouverture ou de ses expériences passées. C'est pourquoi, dans le discours des répondants, l'emphase a été mise sur l'acceptation de la condition (disposition), la gestion des symptômes (ressource), la consommation (ressource), l'hygiène de vie (ressource), la peur de perdre les acquis (ressource) et entre autres, l'autodétermination (disposition).

Pour sa part, le *microsystème* équivaut aux différents milieux fréquentés par la personne dans sa communauté que ce soit sa famille, ses cercles d'amis, son travail, etc. Les microsystèmes de l'individu sont des ressources importantes et près de l'individu pouvant faire une grande différence dans son rétablissement. En ce qui concerne cette étude, trois microsystèmes ont été identifiés : les proches (ex. : amis, famille), le lieu de travail/bénévolat ainsi que les équipes soignantes (ex. : ressources communautaires, IUSMQ, etc.). Ici aussi, les microsystèmes ont généré plusieurs facteurs différents selon les individus, mais comme susmentionnés, les mêmes facteurs sont revenus à plusieurs occasions. Si le soutien et les activités demeurent les facteurs les plus souvent nommés comme ayant un impact positif, il n'en demeure pas moins qu'ils ont un impact différent d'un système à l'autre. Autrement dit, le soutien social provenant des équipes traitantes ou des proches n'aura pas le même impact étant donné la fréquence et la différence des liens interpersonnels. Bien que ce facteur joue un rôle important, les répondants soulignent que celui provenant de leurs proches n'aura pas le même rôle de par les liens émotionnels

entre eux et la fréquence plus élevée de leurs contacts. Si le soutien des proches est davantage une source d'encouragement, de motivation et de confidence, le soutien des équipes traitantes aura plus un impact sur l'engagement dans les soins, l'atteinte des objectifs et la prise d'une médication. Le même phénomène est également observé quant au facteur des activités significatives. Ce facteur regroupe différentes activités telles que les loisirs, les passe-temps, le travail et le bénévolat. Bien que ce facteur se retrouve dans plusieurs microsystèmes, il n'aura pas le même impact. Comme il a été mentionné par les répondants, la perte de capacités dues au trouble concomitant vient affecter leur vie sociale et par conséquent leurs activités. Si la majorité met l'emphase sur l'importance des loisirs et des passe-temps, quelques-uns axent davantage sur les bienfaits du travail ou du bénévolat dans l'objectif de récupérer un rôle social valorisant. En d'autres termes, non seulement les activités en soi sont importantes, mais leurs apports le sont davantage.

Finalement, le *macrosystème* représente l'amalgame de valeurs, de croyances, de normes ou de lois véhiculées dans les différents sous-systèmes. Dans cette étude, le macrosystème fait référence au positionnement observé dans la culture québécoise face à la problématique du trouble concomitant. De plus, certains répondants font un lien avec l'acceptation sociale et l'importance de jouer un rôle dans la société malgré la maladie, il est donc important selon eux de pouvoir ressentir une ouverture de la population. La peur, l'ignorance et les préjugés relatifs à la problématique de santé mentale ou de consommation peuvent devenir ainsi un obstacle à l'évolution de la personne et à sa

capacité à trouver sa place dans sa communauté (Beale & Lambric, 1995; Davidson, Borg, et al., 2005; Markowitz, 2001; Onken et al., 2002).

6.4 Proposition d'un modèle exploratoire

Dans le chapitre 3, un modèle exploratoire des facteurs en cause dans le rétablissement d'un trouble concomitant était proposé à la lumière des écrits consultés. Au terme de cette étude, un modèle exploratoire semblable comprenant par contre les principaux facteurs ayant été évoqués par les répondants a été intégré. Ce modèle, qui a comme trame de fond l'approche bioécologique, stipule que le rétablissement survient grâce à l'interaction entre différents systèmes correspondant à l'individu et son environnement. En d'autres termes, la complexité des interactions entre l'individu et son environnement ainsi que les facteurs observés lors de ce projet de recherche permettra de visualiser le rétablissement de la personne dans son ensemble. Pour ce faire, la Figure 4 présente notre proposition d'un modèle exploratoire des facteurs en cause dans le rétablissement d'un trouble concomitant.

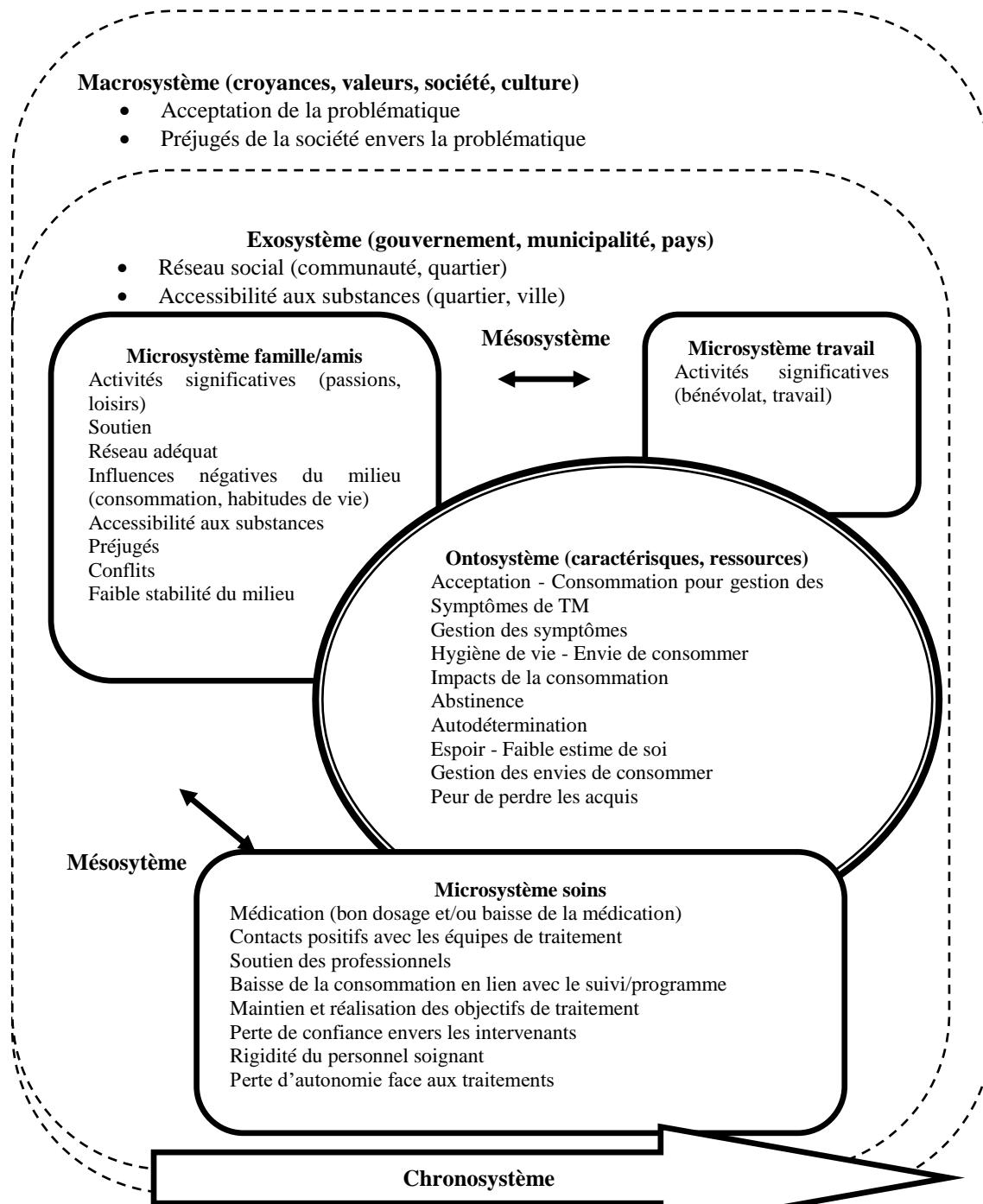


Figure 4. Les facteurs d'influence dans le rétablissement du trouble concomitant – un modèle exploratoire

6.5 Les forces et les limites de la recherche

Toute démarche scientifique comporte des forces et des limites faisant d'elle un processus unique. Les forces de cette recherche sont principalement au niveau de la recension exhaustive des écrits, du cadre d'analyse, du contact prolongé de l'étudiant dans le milieu ainsi que de la participation sérieuse et impliquée des répondants (ex. : témoignage, respect des consignes, complétion des questionnaires). Premièrement, l'étendue des thématiques et leur exploration exhaustive dans les premiers chapitres de ce mémoire ont permis de donner un portrait global du trouble concomitant et plus particulièrement, son rétablissement. En outre, le trouble concomitant a été exploré sous trois facettes : l'évolution des approches et des traitements à travers les trente dernières années, la part du TM et finalement la part de la problématique dans la concomitance. Cet examen de la problématique dans son ensemble a donné l'occasion de mieux en comprendre les défis du rétablissement afin d'orienter adéquatement la collecte de données et l'analyse des résultats. Deuxièmement, en concordance avec le modèle bioécologique, le projet de recherche a été en mesure de bien observer le vécu des répondants en faisant état de leur condition de santé mentale, de leur trouble lié à l'utilisation de substance, mais surtout de leur vécu en lien avec le trouble concomitant. Par ailleurs, le modèle bioécologique a servi de trame de fond afin de prendre conscience des interactions des différents facteurs entre eux dans un contexte global de l'individu. L'utilisation de cette approche a donc permis une vision inclusive de tous les aspects autant à l'intérieur de l'individu qu'à l'extérieur de lui-même. Troisièmement, le contact prolongé de l'étudiant dans le milieu de recherche a donné l'occasion à ce dernier de

s'imprégner de l'approche de soins, de contacter les équipes soignantes et de mieux saisir la réalité des répondants. En outre, ce contact a permis à l'étudiant-chercheur de créer une crédibilité autour du projet et de maintenir un vent favorable à sa réalisation. Finalement, le vécu des répondants peut être considéré comme une force par leur témoignage détaillé, mais aussi cohérent avec les objectifs de l'étude dans le respect des critères de l'étude, soit la présence d'une concomitance. Ainsi, leur participation a permis de bien faire ressortir les facteurs et d'avoir un portrait de ce que représente vivre avec un trouble concomitant. Par ailleurs, une concordance entre les facteurs de la recension des écrits et ceux de la présente étude démontre une cohérence et une réalité semblable relativement au trouble concomitant dans les différents milieux de soins.

Dans le même ordre d'idées, les répondants de cette étude exploratoire provenaient tous d'un même milieu de soins, soit l'IUSMQ, ce qui peut représenter une force pour ce milieu dans l'intérêt de mieux connaître le vécu de leur clientèle. Rappelons que le trouble lié à l'utilisation d'une substance dans un contexte psychiatrique étant la norme plus que l'exception, cette étude exploratoire devient alors une opportunité de mieux comprendre la réalité des personnes fréquentant les services et en conséquence les facteurs les affectant positivement ou négativement. Aussi, il est important de rappeler que cette étude exploratoire s'inscrivait au départ dans le contexte de la formation d'une nouvelle unité de soins en trouble concomitant à l'IUSMQ et avait comme objectif premier de documenter le parcours des individus la fréquentant. Même si ce projet novateur dans le domaine des troubles concomitants n'a finalement jamais vu le jour et qu'en conséquence

les futurs résidents de l'unité en question n'ont pu être rencontrés, il est toutefois possible de mentionner que cette étude demeure tout autant novateur par son intérêt pour le rétablissement des troubles concomitants. Tel que vu lors de la recension des écrits, les services demeurent encore par moment en silo, entre la santé mentale et la toxicomanie, tandis que cette étude s'intéressait au vécu global de la personne permettant d'avoir un portrait juste de la concomitance. Ceci permet de mieux comprendre les besoins particuliers de cette population de par les défis que représentent ces deux problématiques, et surtout, de l'influence l'une sur l'autre. Au final, cette étude a permis de donner une voix à une population souvent marginalisé qui a été historiquement peu consulté dans la mise en place de services et dans les études sur l'efficacité des services.

Cependant, comme mentionnée, toute étude comporte des limites et biais. Une première limite concerne la petite taille de notre échantillon ($n=7$). La faible concentration d'individus ayant participé à cette recherche peut premièrement être expliquée par la non-création de l'unité de soin en trouble concomitant à l'IUSMQ, qui allait être, à la base de ce projet, la source de recrutement principal. Or, la recherche ainsi que sa méthodologie ont dû être modifiées en cours de route afin de s'adapter à cette réalité et surtout, élargir le bassin d'échantillonnage. Ainsi, comme deuxième limite, nous pourrions conclure le fait que la présente étude ne répond pas au critère de la saturation des données comme l'indiquent Kvale (1996) et Savoie-Zajc (1997). Une troisième limite se rapporte à l'utilisation de l'URICA en lien avec la consommation problématique de plusieurs substances chez les répondants. L'URICA étant orienté pour observer une seule substance

à la fois chez un individu et la consigne demandant de remplir un questionnaire URICA par substance problématique utilisée a été omise, nous pourrions alors nous questionner sur la validité de cet outil à travers cette étude. Bien qu'il ait été retenu afin d'avoir un aperçu de la motivation au changement chez les répondants, il aurait pu être intéressant de le faire compléter plusieurs fois par les répondants, selon les substances utilisées par la personne. Finalement, une dernière limite retenue concerne le guide d'entrevue qui était davantage orienté autour du microsystème et de l'ontosystème de la personne. L'entrevue a donc su dégager le vécu de la personne dans ses difficultés, ses défis, ses intérêts et son évolution en intégrant aussi l'apport de l'environnement social. Toutefois, peu d'emphase a été mise sur les autres systèmes ce qui peut expliquer la faible quantité de facteurs dans le mésosystème, le macrosystème et l'exosystème.

6.6 Recommandations émergeant de l'étude

Bien entendu, un projet de recherche n'est jamais terminé en soi. Différentes avenues peuvent être suivies afin de pouvoir bonifier, approfondir et chercher à mieux comprendre un sujet donné. Le présent projet ne fait pas exception à cette règle et en conséquence a cherché à bonifier les connaissances relatives au rétablissement du trouble concomitant relativement au domaine du travail social, et ce, tant dans la pratique que dans la recherche. La dernière section de ce chapitre rassemble les différents points de recommandations pour les deux catégories susmentionnées : la recherche et la pratique.

Tel que démontré dans le chapitre 2, la recherche sur le trouble concomitant est récente au Canada, et plus particulièrement au Québec si bien que, peu d'études se sont intéressées à la relation entre ces deux problématiques. La majorité des études consultées sur le sujet provenaient davantage de l'Europe ou des États-Unis et étaient évidemment en anglais. Cette étude exploratoire est donc venue, en quelque sorte, combler un vide afin de mieux comprendre la réalité canadienne et surtout québécoise à ce sujet. Tel que mentionné dans la recension des écrits, le phénomène de concomitance dans les milieux de traitement de la dépendance ou de santé mentale ne font plus exception et sont même devenus une réalité quotidienne. Ainsi, ce mémoire se veut alors une exploration sommaire du phénomène afin d'orienter de futures recherches sur la problématique. En somme, il est permis de suggérer différentes avenues à ce projet de recherche afin de pouvoir pousser la compréhension du trouble concomitant. Premièrement, avec l'importance et la récurrence de cette problématique, il serait essentiel à notre avis d'explorer plus largement cette problématique dans les divers milieux de traitement québécois. Si sept répondants ont permis de donner un aperçu, et en conséquence, d'identifier de nouveaux facteurs, un plus grand échantillonnage pourrait ainsi bonifier ces connaissances et donner une vision d'ensemble plus approfondi. Par ailleurs, s'intéresser à plusieurs milieux de traitement est aussi un moyen de contribuer à une vision d'ensemble. Dans le même ordre d'idées, au-delà de porter attention au rétablissement de la personne et des facteurs en cause, il serait tout aussi pertinent d'explorer les facteurs négatifs et positifs provenant de l'équipe traitante elle-même. Sachant que le microsystème relatif aux équipes et aux programmes comporte beaucoup de facteurs, nous

estimons indispensable de mieux comprendre les éléments inhérents à leur réalité et d'en comprendre les enjeux. Finalement, dans une perspective bioécologique, il serait important de mieux comprendre le rôle de la société dans le rétablissement du trouble concomitant. Si l'acceptation sociale et l'absence de préjugés ou de stigmatisation de la problématique furent nommées comme importantes chez les répondants, il serait ainsi pertinent de mieux comprendre comment une société peut accepter la concomitance et soutenir les personnes faisant face à cette difficulté.

Au-delà de la recherche, l'intérêt est également de tenter de bonifier la pratique afin d'appuyer les travailleurs sociaux confrontés à cette réalité qu'est le trouble concomitant. Comme phénomène complexe et multifactoriel, accompagner cette clientèle au quotidien requiert une connaissance et un ajustement afin d'atteindre une voie vers le rétablissement. Dans l'idée d'apporter davantage de connaissances à la pratique des intervenants œuvrant auprès de cette population, cette étude exploratoire met également en lumière de nouveaux facteurs non observés dans la littérature, et surtout, renforce l'importance des traitements intégrés comme approche à prioriser. Ces nouveaux éléments, relatifs à la réalité québécoise, sont ainsi des atouts dans l'accompagnement de ces personnes et un pas de plus dans leur rétablissement en ce qui concerne le travail mutuel entre les équipes et la personne. Bref, des facteurs tel que la gestion des symptômes lors de l'arrêt de la consommation, la reprise de saines habitudes de vie et la peur de perdre les acquis reliés au rétablissement peuvent devenir des leviers d'intervention et également des objectifs de traitement pertinents afin de mieux accompagner cette population.

Deuxièmement, étant donné que la pratique du travail social s'intéresse d'emblée à l'individu et son entourage, il est remarqué que plusieurs facteurs importants dans le rétablissement de la personne proviennent des microsystèmes et de l'ontosystème de l'individu. Si le rétablissement est un travail sur soi-même, il est également un travail sur son environnement. Or, le travail social devient par son approche biopsychosociale de l'individu essentiel dans le traitement du trouble concomitant où les praticiens ont tout intérêt à préserver la vision globale de l'individu dans son rétablissement. Notamment, afin d'orienter les interventions, il est important de garder en tête l'impact du réseau social, qu'il soit positif ou non, de l'accessibilité aux substances et surtout de la place qu'occupe la personne dans son environnement.

Conclusion

Le trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie est un phénomène complexe et important. Davantage la norme que l'exception, il est remarqué que le chemin menant vers le mieux-être est ardu, lent et demande beaucoup d'investissement de la part de ces personnes.

Cette recherche exploratoire avait comme principal objectif d'explorer l'expérience de rétablissement des personnes aux prises avec un trouble concomitant. Plus particulièrement, nous cherchions à mieux identifier les facteurs ayant à la fois une influence positive que négative dans leur parcours. Au total, sept personnes ont été rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche afin de pouvoir mieux documenter leur parcours de rétablissement et d'en définir les facteurs d'influence. Ces rencontres ont donné l'occasion de comprendre l'influence majeure du réseau social, des activités, de leur consommation (arrêt ou modération) et des équipes traitantes dans le secteur de la santé mentale. Également, l'exploration de leurs enjeux de rétablissement nous a permis d'élaborer un modèle exploratoire selon l'approche bioécologique de Bronfenbrenner. Au final, il est compris que la population aux prises avec un trouble concomitant aura tendance à vivre davantage de difficultés à occuper des loisirs valorisants, à occuper en emploi stable, à maintenir des relations sociales enrichissantes et à maintenir une abstinence de consommation favorable à leur rétablissement.

Si cette recherche exploratoire sur le sujet des troubles concomitants a donné l'occasion de visualiser l'ampleur de la problématique, mais surtout des défis du

rétablissement, elle a permis aussi d'en dégager des pistes et des orientations intéressantes. En fin de compte, l'objectif pour les professionnels, plus particulièrement les travailleurs sociaux dans le cas présent, est toujours d'accompagner ces personnes vers une quête de bien-être. Il est donc pertinent de constater que des éléments concrets peuvent être mis en place afin d'aider autant ces personnes que les travailleurs sociaux à créer un climat favorable au changement et à la stabilisation.

Bibliographie

- Acier, D., Nadeau, L., & Landry, M. (2007). Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 59-82.
- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal assistance in community existence* (pp. 1-33). National Empowerment Center.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). The stages of recovery intrument : development of a measure of recovery from serious mental illness. *Autralian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychological rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (2003). Expanding the evidence base in an era of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 1.
- American Psychology Association. (2008). *Mini DSM-IV-TR Critères diagnostiques*. Paris: Elsevier Masson.
- American Psychology Association. (2013). *Mini DSM-5: critères diagnostiques*. Paris: Eselvier Masson.
- Association des intervenants en dépendance du Québec. (2010). *Avis de l'association des centres de réadaptation en dépendance du Québec dans le cadre de l'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*. déposé à la Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux.
- Aubry, T., Cousins, B., LaFerriere, D., & Wexler, A. (2003). *Evaluation of concurrent disorders group treatment program: Outcome evaluation report*. Ottawa, ON: University of Ottawa Retrieved from http://evaluationcanada.ca/distribution/200308_aubry_tim_cousins_brad_lafriere_diane_w_exler_audrey.pdf .
- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., & Carr, V. J. (2006). Cognitive behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 439-448.
- Balas, L. L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Ball, J. C., & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone mainte- trance trearment*. New York: Springer-Verlag.

- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorder*, 21(3), 305-321.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J., O'Brien, R., . . . McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance abuse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., & Craig, T. (2010). *Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial*. <http://www.bmjjournals.org/content/bmjj/341/bmj.c6325.full.pdf>
- Baxter, E. A., & Deihl, S. (1998). Emotional stages: Consumer and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 349-355.
- Beale, V., & Lambric, T. (1995). *The recovery concept: Implementation in the mental health system: a report of community support program advisory committee*. Columbus: Ohio: Department of Mental Health.
- Beaumont, C., Charbonneau, R., Delisle, J., Landry, A., Ménard, J.-M., Paquette, D., & Ross, D. F. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux, pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*. Montréal.
- Beckman, L. J. (1980). An attributional analysis of alcoholics anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 714-726.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 426-432.
- Blankertz, L., & Cnaan, R. A. (1994). Assessing the impact of two residential programs for dually diagnosed homeless individuals. *Social Service Review*, 68, 536-560.
- Bonsack, C., Gibellini-Manetti, S., Favrod, J., Montagrin, Y., Besson, J., Bovet, P., & Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(5), 287-297.
- Breda, C. S., & Helfinger, C. A. (2007). The Impact of Motivation to Change on Substance Use Among Adolescents in Treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 109-124.
- Brochu, S., & Mercier, C. (1992). Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature. *Psychotropes*, 7, 7-20.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Havard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human developpement. In M. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences vol.10*. New York: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, vol. 1*. New York: John Wiley and Sons.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). Chapter 14. The Bioecological Model of Human Development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). New York: John Wiley.
- Brooks, A. J., & Penn, P. E. (2003). Comparing treatments for dual diagnosis: Twelve-step and self-management and recovery training. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 29(2), 359-383.
- Broome, K. M., Knight, E. L., Hiller, M. L., & Simpson, D. (1997). Peer, family and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationners. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 387-397.
- Brunette, M., Drake, R. E., Woods, M., & Hartnett, T. (2001). A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services*, 52, 526-528.
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 7, 5-9.
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., & Leff, H. S. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 143-159.
- Burnam, M. A., & al. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 111-134.
- Campbell, J., & Schraiber, R. (1989). *The wellbeing project: Mental health clients speak for themselves*. Sacramento, CA: California Department of Mental Health.
- Carey, K. B. (1996). Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: a collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Mental Health Journal*, 32(3), 291-306.

- Carignan, L. (2011). Chapitre 7: principales approches en travail social. In D. Turcotte & J.-P. Deslauriers (Eds.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (pp. 141-163). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Carmichael, D., Tackett-Gibson, M., O'Dell, L., Jayasuria, B., Jordan, J., & Menon, R. (1998). *Texas dual diagnosis project evaluation report 1997-1998*. College Station, Texas: Policy research institute/Texas A&M University.
- Caton, C. L. (1981). The new chronic patient and the system of community care. *Hospital & Community Psychiatry*, 23(7), 475-478.
- Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A., & Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *American Journal of Public Health*, 84(2), 265-270.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomâine. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale: meilleurs conseils*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre les toxicomâine Retrieved from www.cclt.ca.
- Chamberlin, J. (1990). The Ex-patient's movement: where we've been and where we're going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3), 323-336.
- Chamberlin, J., & Fisher, D. (2004). *Presentation et materials*. Paper presented at the Measuring the promises: assessing recovery and self-determination instruments for evidence-based practices conference, Boston, MA.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini, A., & Fleury, M. J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal.
- Chi, F. W., Satre, D. D., & Weisner, C. M. (2006). Chemical dependency patients with cooccurring psychiatric diagnoses: Service patterns and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 851-859.
- Claus, R. E., Kindleberger, L. R., & Dugan, M. C. (2002). Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 69-74.
- Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*. Ottawa, Ontario: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie. (2003). *La consommation de psychotropes, portrait et tendances au Québec*. Ministère de la santé et des services sociaux: Gouvernement du Québec.
- Contra Costa County Mental Health Recovery Task Force. (1999). *The recovery model: a conceptual framework and implementation plan*. Martinez, CA: Author.

- Cook, J. A., & Jonika, J. A. (2002). Self-determination among mental health consumers/survivors: Using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies, 13*(2), 541-557.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal, 40*(6), 513-523.
- Craig, T., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., & Gournay, K. (2008). Integrated care for cooccurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatric Services, 59*(3), 276-282.
- Crowley, K. (2000). *The power of procovery in healing mental illness*. San Francisco: Kennedy Carlisle.
- Curry, S. J., Wagner, E. H., & Grothaus, L. C. (1991). Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 318-324.
- Curtis, L. C. (1998). *Recovery - Old wine in new bottles?* Burlington, VT: Center for Community Change through Housing & Support.
- Daughters, S. B. & al. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(1), 122-129.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8*(3), 177-201.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(5), 480-487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Steaheli, M., & Evans, A. C. (2004). Recovery in serious mental illness : Paradigm shift or shibboleth? *Professionnal Psychology: Research and Practice*.
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *The British Journal of Medical Psychology, 65* (Pt 2), 131-145.
- Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 34*(2), 109-120.
- De Leon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *International journal of the addictions, 20*, 823-844.

- De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*, 203-208.
- De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Cocaine and Other Drug Abusers. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 23*(2), 169-189.
- De Leon, G., Melnick, G., Schoket, D., & Jainchill, N. (1993). Is the therapeutic community culturally relevant ? Some findings on race/ethnicity differences in retention and treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 25*, 77-86.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(3), 91-97.
- Deegan, P. (1998). *Some common themes of the recovery process*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Demetrovics, Z. (2009). Co-morbidity of drug addiction: an addiction of epidemiological data and possible etiological models. *Addiction research and theory, 17*(4), 420-431.
- Denning, P. (2000). *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*. New York: Guilford Press.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), S51-S62.
- Des Jarlais, D. C. (1995). Harm reduction: a framework for incorporating science into drug policy. *American Journal of Public Health, 85*, 10-12.
- Deslauriers, J.-P. (1982). *Guide de recherche qualitative*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. Québec.
- Deslauriers, J.-P. (2005). La recherche qualitative : une façon complémentaire d'aborder les questions de recherche *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 407-433). Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J.-P., & Hurtubise, Y. (2009). *Introduction au travail social. 2e édition*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Detrick, A., & Steipock, V. (1992). Treating persons with mental illness, substance abuse, and legal problems: The Rhode Island experience. In L. I. Stein (Ed.), *New direction for mental health services: vol 56. Innovative community mental health programs*. San Francisco: Jossey-Bass.

- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health: The Journal of The National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 86-92.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235.
- Dietrick, A., & Stiepock, V. (1992). Treating persons with mental illness, substance abuse and legal problems: the Rhode Island experience. In L. I. Stein (Ed.), *New directions for mental health services: Vol.56. Innovative community mental health programs* (pp. 65-77). San Francisco: Jossey-Bass.
- Dixon, L., McNary, S., & Lehman, A. F. (1995). Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 456-458.
- Dodge, K., Krantz, B., & Kenny, P. J. (2010). How can we begin to measure recovery? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 31-31.
- Dornan, D. H., Felton, C., & Carpinello, S. (2000). *Mental health recovery from the perspectives of consumer/survivors*. Paper presented at the Symposium conducted at the American public health association annual meeting, Boston.
- Dozois, D. J. A., Westra, H. A., Collins, K. A., Fung, T. S., & Garry, J. K. F. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 711-729.
- Drake, R. E. (2005). Introduction to the special section on relapse prevention. *Psychiatric Services*, 56(10), 1269.
- Drake, R. E., Bartels, S. J., Teague, G. B., Noordsy, D. L., & Clark, R. E. (1993). Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *Journal of nervous and mental diseases*, 181, 627-633.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., & Kola, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-476.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., & Noordsy, D. L. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 328-329.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., & Helmstetter, B. (2006). Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 464-473.

- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105-118.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., & Brunette, M. F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 131-136.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360-374.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., Alverson, H. S., & Mueser, K. T. (2002). Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 100-106.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., Teague, G. B., Freeman, D. H., Paskus, T. S., & Clark, T. (1991). Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *American journal of psychiatry*, 148(3), 330-336.
- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of nervous and mental diseases*, 185(5), 298-305.
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. In G. M. Tarabulsky, M. A. Provost, S. Drapeau, & É. Rochette (Eds.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (pp. 11-31). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & Van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: an attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review*, 23, 1115-1137.
- Dubreil, D. (2009). Santé mentale et dépendances aux substances psychoactives. *Intervention*, 130, 36-44.
- Durell, J., Lechtenberg, B., Corse, S., & Frances, R. (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 415-416.

- Epstein, J., Barker, P., Vorburger, M., & Murtha, C. (2004). *Serious Mental Illness and Its Co-Occurrence with Substance Use Disorders, 2002*. Rockville: Substance abuse and mental health services administration.
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., & Frisman, L. K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services, 57*(2), 185-196.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. A., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal, 41*(2), 141-158.
- Farkas, M., Gagne, C., & Kramer, P. (2002). *Handouts presented at the Innovations in Recovery and Rehabilitation: The decade of the Person Conference*. Boston.
- Feigin, R., & Sapir, Y. (2005). The relationship between sense of coherence and attribution of responsibility for problems and their solutions, and cessation of substance abuse over time. *Journal of Psychoactive Drugs, 37*(1), 63-73.
- Fillion-Bilodeau, S., Nadeau, L., & Landry, M. (2012). La concomitance des troubles liés aux substances. In L. Nadeau & M. Landry (Eds.), *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale: résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques*. Québec: Les presses de l'université Laval.
- Fiorentine, R., & Anglin, M. D. (1996). More is better: Counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*, 341-348.
- Fiorentine, R., & Anglin, M. D. (1997). Does increasing the opportunity for counseling increase the effectiveness of outpatient drug treatment? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23*, 369-382.
- Fisher, D. (2004). *Presentation and materials*. Paper presented at the Symposium conducted at the measuring the promise: assessing recovery and self-determination instruments for evidence-based practices conference, Boston.
- Fleury, M. J., Perreault M, & Grenier, G. (2012). L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *L'intégration des services en toxicomanie*. Québec, Qc: Presses de l'Université.
- Gafoor, M., & Rassool, G. H. (1998). The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of Advanced Nursing, 27*(3), 497-502.
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: an empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 265-272.

- Godley, S. H., Hoewing-Roberson, R., & Godley, M. D. (1994). *Final MISA report*. Bloomington, IL: Lighthouse Insitute.
- Golay, P., & Favrod, J. (2006). Version francaise du stages of recovery instrument d'Andreson, Caputi et Oades. *Australian & New Zealand Journal of psychiatry*, 40, 972-980.
- Gregory, R. J., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovich, J., & Virk, S. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy (Chic)*, 45(1), 28-41.
- Grella, C. E. (2003). Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization, and psychosocial functioning among a dually-diagnosed sample in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35 Suppl 1, 169-179.
- Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction research and theory*, 15(5), 494-510.
- Groulx, L.-H. (1998). Sens et usage de la recherche qualitative en travail social. In J. P. (dir.) (Ed.), *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec* (pp. 1-46). Montréal: Geatan Morin éditeur.
- Harding, C. M., & Strauss, J. S. (1992). Chronicity in schizophrenia: revisited. *British Journal of psychiatry*, (161), 27-37.
- Harding, C. M., & Zahniser, J. H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatria Scandinavia*, 90(384), 140-146.
- Hasler, G., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2003). The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53(9-10), 406-411.
- Hatfield, A. (1992). Recovery from mental illness. *Journal of the California Alliance for Mentally Ill*, 5(4), 140-146.
- Hawke, J. M., Hennen, J., & Gallione, P. (2005). Correlates of therapeutic involvement among adolescents in residential drug treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 163-177.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(6), 856-861.

- Hernandez-Avila, C. A., Modesto-Lowe, V., Feinn, R., & Kranzler, H. R. (2004). Nefazodone treatment of comorbid alcohol dependence and major depression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(3), 433-440.
- Hjorthøj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A.-M., Gluud, C., Arendt, M., & Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: The CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine*, 43(7), 1499-1510.
- Hood, C., Mangham, C., McGuire, D., & Leigh, G. (1996). *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substance. Bilbiographie annotée & Analyse détaillée de la littérature*. Ottawa, Ontario, Canada: Santé Canada.
- Hser, Y., Grella, C. E., Hsieh, S., & Anglin, M. D. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend*, 57, 137-150.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : 2007-2008 – Santé mentale et itinérance*. Ottawa: ICIS.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 334.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- James, W., Preston, N. J., Koh, G., Spencer, C., Kisely, S. R., & Castle, D. J. (2004). A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 34(6), 983-990.
- Jensen, L. W., & Wadkins, T. A. (2007). Mental health success stories: finding paths to recovery. *Issues In Mental Health Nursing*, 28(4), 325-340.
- Joe, G. W., Simpson, D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177-1190.
- Johnson, S. (2000). *Recovery principles: an alternative in Maricopa County for individuals who experienced psychiatric symptoms*. Phoenix, AZ: Meta Services.

- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la Statistique du Québec.
- Kavanagh, D. J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D. C., Carr, V., & Evans, M. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, 66(2–3), 115-124. doi:10.1016/s0920-9964(03)00130-0
- Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., & Shockley, N. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Review*, 23(2), 1515.
- Kemp, R., Harris, A., Vurel, E., & Sitharthan, T. (2007). Stop Using Stuff: Trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australas Psychiatry*, 15(6), 490-493.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., & Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American journal of psychiatry*(142), 1259-1264.
- Korcha, R. A., Polcin, D. L., Bond, J. C., Lapp, W. M., & Galloway, G. (2011). Substance use and motivation: a longitudinal perspective. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 37(1), 48-53. doi:10.3109/00952990.2010.535583
- Kramer, P. (2002). *Handouts presented at the innovations in recovery and rehabilitation*. Paper presented at the the decade of the person conference, Boston.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Landry, M., Cournoyer, L., Bergeron, G., & Brochu, S. (2001). Persévérence en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation : effet de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Sciences et comportement*, 28(3), 115-143.
- Lapsley, H., Nikora, L. W., & Black, R. (2002). *"Kia Mauri Tau!" Narratives of recovery from disabling mental health problems*. Wellington: New Zealand Mental Health Commission.

- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256.
- Laudet, A. B. (2008). The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 2001-2020.
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 365-375.
- Laudet, A. B., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: a preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305-311.
- Laudet, A. B., & White, W. (2004). *An exploration of relapse patterns among former poly-substance users*. Paper presented at the 132nd Annual Meeting of the American Public Health Association.
- Lecavalier, M., Marcil-Denault, J., Denis, I., Maltais, K., & Mantha, L. (2002). *La motivation, quelque chose qui se construit. Cahier de formation*. Montréal: Centre Dollard-Cormier.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2006). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- LeCount, D., & Koberstein, J. (2000). *SOAR Case management services: Making recovery a reality- Toward a system-integrated approach*. Keynote address at the Mental Health Services Conference. Wellington, New Zealand.
- Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., & Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, 22(1), 131-145.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., & Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community psychiatry*, 40, 1019-1025.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. (1998). At Issue: Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1-10.
- Lerner, R. M. (2005). Urie Bronfenbrenner: career contributions of the consummate developmental scientists (Foreword). In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. IX-XXVI). Thousand Oaks, CA: Sage publications.

- Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases In Canada*, 28(3), 92-98.
- Long, A. (1994). *Reflections on recovery. Recovery: The newforce in mental health.* Columbus: Ohio: Department of Mental Health.
- Lunt, A. (2000). Recovery: moving from concept toward a theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 401-404.
- Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., & O'Connor, J. J. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia Research*, 143(1), 138-142.
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48-55.
- Mangrum, L. F., Spence, R. T., & Lopez, M. J. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 30(1), 79-84.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health & Social Behavior*, 42, 64-79.
- Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors.* New York: Guilford Press.
- Mayer, R., & Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. In R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. St-Jacques, & D. Turcotte (Eds.), *Méthodes de recherches et intervention sociale* (pp. 159-189). Montréal: Gaétan Morin Éditeur.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en interventions sociale.* Québec: Géatan Morin.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368-375. doi:10.1037/h0090198
- McGinty, E., Baker, S., Steinwachs, D., & Daumit, G. (2013). Injury risk and severity in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Injury Prevention*, 19(1), 32-37.
- McGlashan, T. H. (1988). A selective review of recent North American longterm follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 515-542.

- McLellan, A. T., Chalk, M., & Bartlett, J. (2007). Outcomes, performance, and quality: what's the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 331-340.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumers' perspective. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328.
- Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A. B., & McKay, C. (1997). Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 33(2), 113-122.
- Meisler, N., & Williams, O. (1998). Replicating effective supported employment models for adults with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 49, 1419-1421.
- Mental Health Reform. (2002). *The time is now: themes and recommendations for mental health reform in Ontario*.
- Mercer-McFadden, C., Drake, R. E., Brown, N. B., & Fox, R. S. (1997). The community support program demonstrations of services for young adults with severe mental illness and substance use disorders 1987-1991. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 13-24.
- Mercier, C., & Beauchage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec*.: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Mertens, J. R., Flisher, A. J., Satre, D. D., & Weisner, C. M. (2008). The role of medical conditions and primary care services in 5-year substance use outcomes among chemical dependency treatment patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 98, 45-53.
- Miller, A. H. (2000). *CROS: The consumer recovery outcomes system*. Paper prepared for the 16 State Performance Indicator Grant Meeting, Austin, TX.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98(1), 84-107. doi:10.1037/0033-2909.98.1.84
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing (2nd edition): preparing people for change*. New York: Guilford press.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Nathan & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-81). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miner, C. R., Rosenthal, H. N., Hellerstein, D. J., & Muenz, L. R. (1997). Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 706-712.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2007). *Programme-services Dépendances 2007-2012 : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité d'efficacité et d'efficience*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Minkoff, K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital & Community Psychiatry*, 40(10), 1031-1036.
- Mitchell, S. G., Morioka, R., Reisinger, H. S., Peterson, J. A., Kelly, S. M., & Agar, M. H. (2011). Redefining retention: recovery from the patient's perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(2), 99-107.
- Moodie, R., & Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should i? *Promotion and education*, 12, 37-41.
- Moreira, F., Malo, G., & Cousineau, D. (1991). Le double diagnostic: l'association de troubles psychiatriques et d'abus de psychotropes. *Le médecin du Québec*(Octobre), 59-67.
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric services*, 56(10), 1213-1222.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., & Drake, R. E. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: Costs and outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42(4), 377-404.
- Mueser, K. T. (2006). Traitement intégré des troubles mentaux graves et de la toxicomanie. In T. Lecomte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec: Presses de l'université du Québec.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual Diagnosis: a review of ethiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). Principles of integrated treatment. In K. T. Mueser (Ed.), *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice* New York: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., Noordy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., S.M., G., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., & Smith, L. F. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 658-672.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., & Kee, K. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 31-56.

- Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 7-21.
- Nadeau, M.-A. (1988). *L'évaluation de programme: théorie et pratique*. Ottawa, Canada: Les presses de l'Université Laval.
- National Alliance for Self-Determination. (1999). *Proceedings from the national leadership summit on self-determination and consumer-direction and control*. Portland, OR.
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report*. Rockville, MD: Author.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.
- Nordby, K., Kjønsberg, K., & Hummelvoll, J. K. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 304-311.
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 46-64.
- O'Grady, C. P., & Skinner, W. (2007). *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants*. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). Mental Health recovery: What helps and what hinders ? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Onken, S. J., & Slaten, E. (2000). Disability identity formation and affirmation: The experiences of persons with severe mental illness. *Sociological Practice: A Journal of Clinical and Applied Sociology*, 2, 99-111.
- Organisation Mondiale de la santé. (2000). *The world health report 2000 - health systems: improving performance*. Switzerland, Geneva: World health organisation.
- Organisation Mondiale de la santé. (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Switzerland, Geneva: World health organisation.
- Organisation Mondiale de la santé. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. (ISBN 978 92 4 156371 0). Switzerland, Geneva: World health organisation.

- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2030*. Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Osher, F. C., & Drake, R. E. (1996). Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 4-11.
- Osher, F. C., & Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 40(10), 1025-1030.
- Ouellet, F., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. In R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. St-Jacques, & D. Turcotte (Eds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaétan Morin Éditeur.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, California: Sage.
- Penn, P. E., & Brooks, A. J. (1999). *Comparing substance abuse treatments for dual diagnosis. Final report*. Tucson, AZ: La frontera center.
- Pepper, B., Kirshner, M. C., & Ryglewicz, H. (1981). The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital & Community Psychiatry*, 32(7), 463-469.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Øhlenschläger, J., Krarup, G., & Østergård, T. (2007). Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial. *Early intervention psychiatry*, 1(1), 88-96.
- Petrakis, I. L., O'Malley, S., Rounsvaille, B., Poling, J., McHugh-Strong, C., & Krystal, J. H. (2004). Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*, 172(3), 291-297.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Self-change process, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. In P. Engstrom (Ed.), *Advances in cancer control* (pp. 131-140). New York: Alan R. Liss.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1992). Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. *British Journal of Addiction*, 87(825-828).
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Systems of psychotherapy*: Brooks Cole; 8 edition.
- Ralph, R. O. (2000). *Review of recovery literature: a synthesis os a sample of recovery literature 2000*. Alexandria, VA: National technical assistance centre for state mental health planning.

- Rapp, R. C., Li, L., Siegal, H. A., & DeLiberty, R. N. (2003). Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers. *Health & Social Work, 28*(2), 107-115.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of The American Medical Association, 264*(19), 2511-2518.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry, 50*(2), 85-94.
- Rehav, M., Rivera, J. J., Nuttbrock, L., Ng-Mak, D., Sturz, E. L., & Link, B. G. (1995). Characteristics and treatment of homeless, mentally ill, chemical-abusing men. *Journal of Psychoactive Drugs, 27*, 93-103.
- Ridgely, M. S., Osher, F. C., Goldman, H. H., & Talbott, J. A. (1987). *executive summary: chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: a review of research, treatment and training issues*. Baltimore: University of Maryland School of medicine
- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(4), 335-343.
- Ries, R. K., Dyck, D. G., Short, R., Srebnik, D., Fisher, A., & Comtois, K. A. (2004). Outcomes of managing disability benefits among patients with substance dependence and severe mental illness. *Psychiatric Services, 55*(4), 445-447.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: results from a nationally representative sample. *Journal of anxiety disorders*(23), 38-45.
- Roe, D., & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness: toward personal growth. *American Journal of orthopsychiatry, 73*(3), 334-344.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation*. Paris.
- Rosenbaum, R. L., & Horowitz, M. J. (1983). Motivation for psychotherapy: a factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20*, 346-354.
- Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., & Butterfield, M. I. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health, 91*(1), 31-37.

- Rush, B. (2004). *Les troubles concomitants: leur prévalence, leurs répercussions et l'importance du dépistage*. Paper presented at the Symposium estival national sur les toxicomanies 2004, Montague.
- Rush, B., Dennis, M. L., Scott, C. K., Castel, S., & Funk, R. R. (2008). The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Evaluation Review*, 32(1), 7-38.
- Rush, B., & Nadeau, L. (2012). L'intégration des services et des systèmes de santé mentale et de dépendance. In L. Nadeau & M. Landry (Eds.), *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale: résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques*. Québec: Les presses de l'université Laval.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., & Strike, C. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 53(12), 800-809.
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of rehabilitation*, 4, 50-57.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Sabourin, P. (2010). Chapitre 16: l'analyse de contenu. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (pp. p.415-445). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y., Banks, S., & Harle, M. (2008). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Main outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 48-60.
- Sacks, S., & Ries, R. K. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment improvement protocol (TIP) Series 42*. Rockville: MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: A double-blind placebocontrolled study. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 37-45.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816-822.
- Santé Canada. (2002a). *Economic Burden of Illness in Canada, 1998*. (Cat. N. H21-136/1998E.). Ottawa: Santé Canada.

- Santé Canada. (2002b). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. (H39-599-2001-2f). Ottawa: Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 263-285). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Scaccia, K. (1991). An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders. *New Directions For Mental Health Services*(50), 69-84.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A. J., Koeter, M. W., de Beurs, E., van den Brin, W., & van Dyck, R. (2005). The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(5), 794-800.
- Schmidt, L. M., Hesse, M., & Lykke, J. (2011). The impact of susbtance use disorders on the course of schizophrenia - a 15 year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research*, 130, 1-3.
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2002). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241.
- Simpson, D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcomes. *American journal of psychiatry*, 139, 1449-1453.
- Simpson, D. (1981). Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and lengh of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 39(875-880).
- Simpson, D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 357-368. doi:10.1037/0033-3204.30.2.357
- Simpson, D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538-544.
- Simpson, D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and alcohol dependance*, 47, 227-235.
- Simpson, D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*. 7(117-134).
- Simpson, D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 565-572.
- Simpson, D., Savage, L. J., & Lloyd, M. R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772-780.

- Simpson, D., & Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Skinner, W., O'Grady, C. P., Bartha, C., & Parker, C. (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Guide d'information*. Toronto: Center for addiction and mental health (CAMH).
- Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 149-158.
- Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (1999). Recovery for serious mental illness: What it is and how to support people in their recovery. In R.P. Marinelli and A.E. Dell Orto (Eds). *The psychological and social impact of disability (4th ed.)*, 409-422.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). *The recovery workbook*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Statistique Canada. (2003). *Canadian community health survey (cycle 2.1)*. Public-use microdata file.
- Stein, F. (2009). Making the public mental health, developmental disabilities, and substance abuse system more accessible: an invitation to recovery. *North Carolina Medical Journal*, 70(1), 46-49.
- Stephenson, A. (2000). *Recovery outcomes*. Tacoma, WA: Empower Alliance.
- Sterling, S., & Weisner, C. M. (2005). Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: Implications for outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(801-809).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *National registry of effective programs and practices*. Retrieved from www.nationalregistry.samhsa.gov.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (1998). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication non compliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33, S75-S80.
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 145-151.
- Taylor, S. E., Aspinwall, L. G., & Kaplan, H. B. (1996). *Psychosocial Stress Mediating and Moderating Processes in Psychosocial Stress*. New York: Academic Press.
- Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M., & Degenhardt, L. (2000). Alcohol and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 206-213. doi:10.1046/j.1440-1614.2000.00715.x

- Test, M. A., Wallisch, L. S., Allness, D. J., & Ripp, K. (1989). Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 15(3), 465-476.
- Thylstrup, B., & Johansen, K. S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions - Introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3), 202-208. doi:10.1080/08039480802571069
- Tooth, B. A., Kalyanasundaram, V., & Glover, H. (1997). *Recovery from schizophrenia: A consumer perspective*. Queensland, Australia: Centre for Mental Health Nursing Research.
- Torrey, W. C., & Wyzik, P. (2000). The recovery vision as a service improvement guide for de community health providers. *Community Mental Health Journal*, 36(2), 209-216.
- Tower, K. D. (1994). Consumer-centered social work pratice: Restoring client self-determination. *Social Work*, 39(2), 191-196.
- Townsend, W., Boyd, S., & Griffin, G. (1999). *Emerging best pracices in mental health recovery*. Colombus: Ohio Departement of Mental Health.
- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., & Leung, O. (2000). Predictors of employment outcomes for people with psychiatric disabilities: A review of the literature since the mid '80s. *The Journal of Rehabilitation*, 66(2), 19.
- U.S. Departement of health and human services. (2006). *Transforming mental health care in America, Federal action agenda: firsts steps*. Rockville, MD.
- Urbanoski, K. A., Cairney, J., Bassani, D. G., & Rush, B. (2008). Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59(3), 283-289.
- Vaillant, G. E. (1995). *Natural history of alcoholism revisited*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vallerand, R. J., & Thill, E. (1993). *Introduction a la psychologie de la motivation*. Montréal: Étude vivante.
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Vincent, M., Gagné, C., & Thérien, J. (2001). Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 92-105.
- Walsh, D. (1999). Coping with a journey toward recovery: from the inside out. In R. P. Marinelli & A. E. Dell Orto (Eds.), *The psycological and social impact of disability (4th edition)* (pp. 55-61). New York: Springer.
- Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M. (2011). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454.

- Weisner, T. S. (2002). Ecocultural understanding of children's developmental pathways. *Human developpement, 45*, 275-281.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., & Daley, D. C. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American journal of psychiatry, 164*(1), 100-107.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 229-241.
- Winter, K. C. (1999). Treating adolescents with substance use disorders: an overview of practice issues and treatment outcome. *Substance abuse, 20*(4), 203-224.
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 56*(10), 1282-1287.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(3).

Annexes

Annexe A : Affiche et feuillet publicitaire

Participant(e)s recherché(e)s

Pour une étude sur les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant.

Profil recherché :

- Être âgé de 18 ans et plus;**
- Avoir un diagnostic de trouble mental selon le DSM-IV;**
- Avoir un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances selon le DSM-IV;**
- Recevoir des services de l'IUSMQ.**

Objectif :

Cette étude s'intéresse au rétablissement des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale accompagnée d'une problématique d'abus/de dépendance aux substances. On parle de concomitance ou de trouble concomitant pour qualifier le fait de vivre avec deux problématiques. L'objectif principal est d'étudier le parcours de rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant.

Déroulement de la participation :

Implique 1 ou 2 rencontres avec l'étudiant-chercheur pour un temps total de 90 à 120 minutes. Durant cette ou ces rencontres, vous aurez à répondre à quelques questionnaires portant sur le rétablissement, et à passer une entrevue portant sur votre situation et expérience personnelle par rapport à votre problématique de trouble concomitant et sur votre rétablissement. Cette entrevue sera enregistrée sur support audio aux fins d'analyse.

Si vous désirez participer ou avoir plus d'informations

**Veuillez communiquer avec Alexandre Théberge, étudiant-chercheur
à la maîtrise en travail social (UQAC)**
au
418-663-5000 (poste 4349)

Dépliant d'information pour le
projet de recherche :

Les facteurs d'influence dans
le rétablissement des
personnes atteintes d'un
trouble concomitant : une
étude exploratoire

Projet approuvé par le comité d'éthique de la
recherche de l'IUSMQ (no 301-2012) et de
l'UQAC.

Étudiant-chercheur responsable :

Alexandre Théberge, étudiant à la maîtrise en travail
social de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC),
sous la supervision de Christiane Bergeron-Leclerc,
Ph.D., et Sandra Juneau, Ph.D., professeures à
l'UQAC.

**Quels sont les objectifs
de cette recherche ?**

Cette étude s'intéresse au rétablissement des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale accompagnée d'une problématique d'abus/de dépendance aux substances. On parle de concomitance ou de trouble concomitant pour qualifier le fait de vivre avec deux problématiques. L'objectif principal est d'étudier le parcours de rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant.

**Quel genre de personne
recherchons-nous ?**

Des personnes ayant les caractéristiques suivantes :

- Être âgé de **18 ans et plus** ;
- Avoir un **diagnostic de Trouble mental selon le DSM-IV** ;
- Avoir un **diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances selon le DSM-IV** ;
- Recevoir des services de l'IUSMQ.

**En quoi consiste votre
participation ?**

- Une ou deux rencontres avec l'étudiant-chercheur pour **un temps total de 90 à 120 minutes** ;
- Durant cette ou ces rencontres, vous aurez à répondre à quelques questionnaires portant sur le rétablissement, et à passer une entrevue portant sur votre situation et expérience personnelle par rapport à votre problématique de trouble concomitant et sur votre rétablissement. Cette **entrevue sera enregistrée** sur support audio aux fins d'analyse.

**Si vous désirez avoir
plus d'information ou si
vous êtes intéressé à
participer à cette étude
veuillez contacter :**

**Alexandre Théberge
(418-663-5000 poste 4349).**

Annexe B : Fiche signalétique

**LES FACTEURS D'INFLUENCE DANS LE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES
ATTEINTES D'UN TROUBLE CONCOMITANT : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE
(RESPONSABLE : ALEXANDRE THÉBERGE, ÉTUDIANT-CHERCHEUR)**

FICHE SIGNALÉTIQUE

Ce questionnaire divisé en trois parties comprend 20 questions et prend environ 10 minutes à compléter. Il permet de dresser un profil des personnes qui participent à cette étude. Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions. Si vous avez des interrogations concernant certaines questions ou certains mots utilisés, n'hésitez pas à vous référer à l'étudiant-chercheur. Également, afin de préserver votre confidentialité, nous vous recommandons d'utiliser un pseudonyme afin de vous identifier. Dans le cas contraire, l'étudiant-chercheur vous attribuera un numéro afin de vous identifier.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Répondant : _____ Date : _____

Département/programme associé : _____

Partie 1 : données sociodémographiques

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous ?
 - 18 à 25 ans
 - 26 à 35 ans
 - 36 à 45 ans
 - 46 à 55 ans
 - 56 à 65 ans
 - 65 ans et plus
2. De quel genre êtes-vous ?
 - Féminin
 - Masculin
3. Quel est votre état civil ?
 - Célibataire
 - En couple
 - Marié(e)
 - Divorcé(e)
 - Veuf/veuve
4. Avez-vous des enfants ?
 - Oui (si oui, veuillez répondre aux questions 5 et 6)
 - Non (passez à la question 7)

5. Combien avez-vous d'enfants ?

- 1
- 2
- 3
- 4 et plus

6. Vivent-ils avec vous ?

- Oui
- Non

7. Quel est votre dernier niveau de scolarité atteint ?

- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire premier cycle (certificat)
- Universitaire premier cycle (baccalauréat)
- Universitaire cycles supérieurs (maîtrise ou doctorat)

8. Quelle est votre principale source de revenus ?

- Revenu d'emploi (veuillez répondre aux questions 9 et 10)
- Sécurité du revenu (veuillez passer à la question 11)
- Assurance-emploi (veuillez passer à la question 11)
- Régime des rentes (veuillez passer à la question 11)
- Autre (précisez) : _____

9. De quelle nature est l'emploi que vous occupez ?

- Emploi salarié à plein temps
- Emploi salarié à temps partiel
- Autre (précisez) : _____

10. Dans quel domaine êtes-vous employé ? _____

11. Dans quel type de milieu vivez-vous ?

- Logement autonome
- Logement en colocation
- Chambre
- Chambre et pension privée (avec repas inclus)
- Domicile familial (avec vos parents)
- Hospitalisation en cours
- Ressource non institutionnelle (RNI)
- Autre (précisez) : _____

Partie 2 : profil de consommation

Dans cette deuxième section, nous désirons en savoir davantage sur vos habitudes de consommation et les effets sur votre entourage.

12. Faites-vous l'utilisation d'une médication psychoactive avec prescription d'un médecin ou d'un psychiatre ?
 - Oui (veuillez répondre à la question 13)
 - Non

13. Respectez-vous la posologie ?
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais

14. Hormis les produits du tabac, considérez-vous avoir une problématique de consommation de substances psychoactives ?
 - Oui
 - Non

15. Dans la liste des produits suivants, indiquez à quelle fréquence vous avez consommé chacun de ceux-ci dans les douze derniers mois. Pour chacun des produits, veuillez cocher la case correspondant à la fréquence d'utilisation.

Produit	Fréquence de consommation				
	Jamais	Moins d'une fois par mois	De 1 à 3 fois par mois	De 1 à 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine
1. Produits du tabac (cigarettes, cigares, etc.)					
2. Alcool (bière, vin, etc.)					
3. Cannabis (marijuana, pot, hashish, etc.)					
4. Cocaïne (coke, crack, etc.)					
5. Amphétamine/stimulant (speed, meth, ecstasy, etc.)					
6. Inhalant (colle, essence, etc.)					
7. Sédatifs (diazépam, alprazolam, etc.)					
8. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons magiques, etc.)					
9. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)					
10. Boissons énergisantes (Redbull, etc.)					
11. Médicaments psychoactifs <u>sans</u> ordonnance (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs, antipsychotiques, etc.)					
12. Autres – spécifiez :					

16. Dans la dernière année, est-ce que votre consommation a nui à votre rendement au travail, à l'école ou dans vos activités de vie quotidienne ?
- Jamais
 - Une fois
 - 2 ou 3 fois
 - 4 à 10 fois
 - Tous les mois
 - Toutes les semaines
17. Dans la dernière année, est-ce que votre consommation a nui à une de vos relations d'amitié ou à une de vos relations amoureuses ?
- Jamais
 - Une fois
 - 2 ou 3 fois
 - 4 à 10 fois
 - Tous les mois
 - Toutes les semaines

Partie 3 : profil d'utilisation des services

Dans cette dernière section, nous souhaitons en savoir davantage sur les services que vous utilisez en ce moment.

18. Quel(s) service(s) ou suivi(s) recevez-vous en lien avec l’Institut universitaire en santé mentale de Québec ? Pour chaque service, cochez la fréquence correspondante.

Service	Fréquence de visite				
	Jamais	Moins d'une fois par mois	De 1 à 3 fois par mois	De 1 à 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine
1. Centre de traitement dans la communauté Benoit XV					
2. Centre de traitement et de réadaptation de Nemours					
3. Clinique le Faubourg St-Jean					
4. Clinique Notre-Dame des Victoires					
5. Hospitalisation					
6. Offre de service santé mentale/toxicomanie					
7. Suivi intensif en équipe dans le milieu (SIÉM)					
8. Suivi psychiatrique en clinique externe					
9. Traitement intensif bref à domicile (TIBD)					
Autre (précisez) :					

19. Fréquez-vous d’autres services en dehors de ceux offerts par l’Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) (exemple : CLSC, organismes communautaires, groupes de soutien par les pairs) ?

- Oui (veuillez répondre à la question 19a)
- Non (veuillez passer à la question 20)

19a) Lequel ou lesquels et à quelle fréquence les visitez-vous ?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

20. Dans la dernière année, avez-vous été hospitalisé ?

- Oui (veuillez répondre aux questions 20a et 20b)
- Non

20a) À quel endroit ? _____

20b) Combien de fois ? _____

20c) Pour combien de temps ?

- Un jour à moins d'une semaine
- Une semaine à deux semaines
- Deux semaines à moins d'un mois
- Un mois à deux mois
- Deux mois et plus

Ceci remplit le questionnaire.

Merci de votre participation !

Annexe C : Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant : une étude exploratoire

Ce document d'information s'adresse à toute personne désirant participer à l'étude sur les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche et de signer le formulaire de consentement éclairé, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements suivants. Il peut arriver que ce formulaire contienne des mots que vous ne comprenez pas. En tout temps, vous êtes invités à poser toutes vos questions à l'étudiant-chercheur responsable de l'étude afin de clarifier votre compréhension à propos de certains renseignements contenus dans ce document avant de prendre la décision de participer. De plus, libre à vous de consulter toute personne pouvant vous éclairer dans votre choix de participer à ce projet de recherche.

Le terme rétablissement est utilisé plusieurs fois dans ce document d'information. Pour le présent projet de recherche, le rétablissement fait référence à l'expérience profonde et intime des personnes aux prises avec la maladie, que ce soit une problématique de santé mentale ou une problématique d'abus/dépendance.

Responsables de l'étude

Cette étude est sous la responsabilité d'Alexandre Théberge, étudiant à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ce dernier est sous la supervision de mesdames Christiane Bergeron-Leclerc, Ph. D. et Sandra Juneau, Ph. D. (cand.) toutes deux professeures en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC).

Objectifs de l'étude

Cette étude s'intéresse au rétablissement des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale accompagnée d'une problématique d'abus/de dépendance aux substances. On parle de concomitance ou de trouble concomitant pour qualifier le fait de vivre avec deux problématiques. L'objectif principal est d'étudier le parcours de rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant. Cinq objectifs entourent la réalisation de cette étude :

1. Explorer la perception des répondants à l'égard du rétablissement de leur trouble concomitant : à l'aide d'une entrevue semi-dirigée, l'objectif est d'aller chercher la vision de ce que représente le rétablissement du trouble concomitant pour le répondant ;
2. Déterminer le stade de rétablissement des répondants relativement à leur problématique de santé mentale : à l'aide d'un questionnaire, l'objectif est de déterminer à quel stade le répondant se situe face au rétablissement de sa problématique de santé mentale ;
3. Identifier le stade de changement des répondants à l'égard de leur problématique d'abus/de dépendance : à l'aide d'un questionnaire, l'objectif est d'identifier la motivation au changement et le stage de changement (précontemplation, contemplation, action ou maintenance) auquel le répondant se situe, et ce, relativement à sa problématique d'abus/de dépendance ;
4. Explorer la perception des répondants à l'égard des facteurs individuels et environnementaux qui interviennent dans le rétablissement de leur trouble concomitant ;
5. Déterminer la contribution des services offerts par l'IUSMQ dans le rétablissement des répondants ayant un trouble concomitant.

Modalités de l'étude

Globalement, votre participation à cette recherche se traduira par une ou deux rencontres, pour une durée totale de 90-120 minutes, avec l'étudiant-chercheur. Il vous appartient de choisir si vous préférez deux rencontres de plus courte durée ou une seule rencontre plus longue.

Trois stratégies de collecte de données seront utilisées au cours de cette (ces) rencontre(s). **Premièrement**, une fiche de renseignement, visant à recueillir des données sociodémographiques, de même que des informations concernant votre consommation et votre profil d'utilisation des services, sera complétée. **Deuxièmement**, deux questionnaires, l'un portant sur le rétablissement de votre problématique en santé mentale et l'autre sur les stades de changement face à votre problématique d'abus/de dépendance aux substances, seront complétés. **Troisièmement**, une entrevue comprenant des

questions en ce qui concerne votre cheminement vers le rétablissement sera réalisée. Cette dernière portion de la rencontre, d'une durée d'environ 60 minutes, sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone, le tout à des fins de retranscription. **Advenant que vous refusiez que l'entrevue soit enregistrée, vous ne pourrez pas participer à cette étude.**

Environ 15 personnes prendront part à cette étude.

Avantages

Il est à noter que votre implication à cette recherche ne vous donnera aucune rémunération. Votre collaboration demeure volontaire et elle est grandement appréciée. Toutefois, en abordant des sujets tels que la santé mentale, l'abus/dépendance aux substances et le rétablissement, votre participation devient une occasion d'augmenter vos connaissances relativement à ces sujets qui vous concernent.

Inconvénients

À notre connaissance, votre participation à ce projet de recherche ne devrait pas vous causer préjudices. Néanmoins, le temps nécessaire à la (aux) rencontre(s) pourrait vous occasionner une certaine fatigue. Il est également possible que les sujets abordés durant l'entrevue suscitent des réflexions, des souvenirs ou des émotions désagréables. Si vous en avez besoin, une pause ou même un arrêt complet de la rencontre en cours sera possible en tout temps. Soyez bien à l'aise de communiquer vos besoins et nous nous ajusterons en conséquence. En ce sens, il a été mentionné auparavant que nous sommes disposés à organiser plus d'une rencontre, de plus courte durée, afin de faciliter votre participation. Également, sachez que l'équipe de soins sera informée de votre participation et pourra vous offrir du soutien avant, pendant et après les rencontres avec l'étudiant-chercheur.

Droit de refus ou de retrait

Comme mentionné, votre participation à ce projet de recherche demeure volontaire. Vous pouvez donc refuser d'y participer. Toutefois, si votre réponse est positive, il est important de savoir que vous êtes libre de vous retirer du projet de recherche, peu importe le moment, et ce, sans avoir à fournir d'explication particulière à l'étudiant-chercheur responsable du projet. Si tel est le cas, toutes données relatives à votre participation seront détruites et par le fait même ne feront partie d'aucune analyse subséquente. Également, tout au long du déroulement de la (des) rencontre(s) avec l'étudiant-chercheur, vous serez toujours libre de refuser de répondre aux questions que vous jugerez inadéquates. En terminant, il est important de savoir que votre refus de participer à ce projet de recherche ou dans un autre cas, votre désir de vous retirer en cours de route ne vous occasionnera aucun préjudice, notamment en ce qui a trait à la qualité des soins offerts à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ).

Confidentialité

La préservation de votre vie privée est un aspect très important de ce projet. Afin de la respecter, aucun nom de répondant n'apparaîtra, et ce, sur aucun document relié à la recherche. L'information recueillie dans cette étude sera contenue dans un dossier de recherche confidentiel qui ne sera pas identifié à votre nom, mais par un code. Seul le présent formulaire contiendra votre nom avec votre signature. En conséquence, seul l'étudiant-chercheur aura en sa possession la liste des noms des personnes qui auront participé à cette étude et leur numéro correspondant. Également, au niveau des enregistrements, ils seront recueillis à l'aide d'un magnétophone numérique et ensuite transférés sur un poste informatique appartenant à l'IUSMQ dans un local dédié pour l'étudiant-chercheur. Seul l'étudiant-chercheur aura accès à cet ordinateur qui sera protégé par un mot de passe. Ces enregistrements seront détruits au moment où ils seront retranscrits sous forme de texte. Votre participation permettra la rédaction d'un mémoire de maîtrise, mais aucun nom ne sera divulgué. Toutes les données (papiers et clé USB contenant les données informatiques) recueillies au cours de la recherche seront conservées dans un classeur sous clé dans un local désigné pour l'étudiant-chercheur à l'IUSMQ. À la fin de l'étude, l'étudiant-chercheur déplacera lui-même toutes ces données pour les entreposer dans un classeur sous clé dans le bureau de la directrice de recherche à l'UQAC. Sept ans après l'acceptation du dépôt final du mémoire par le Décanat des études supérieures et de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), toutes les données relatives à l'étude seront détruites en respectant les règles de confidentialité.

Personne-ressource

Si vous désirez plus de renseignements sur le déroulement de ce projet, si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec l'étudiant -chercheur responsable au numéro suivant : (418-663-5000 poste 4349). Vous pouvez également communiquer avec mesdames Christiane Bergeron-Leclerc (1-418-545-5011, poste 4230) et Sandra Juneau (1-418-545-5011, poste 4335), directrices de recherche à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Pour toute question concernant vos droits en tant que répondant dans cette étude, vous pouvez communiquer avec madame Sophie Chantal, présidente du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, au numéro (418) 663-5000, poste 4736. Vous pouvez également communiquer avec Mme Marie-Julie Potvin du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi au numéro 1-(418) 545-5011 poste 2493.

En cas d'insatisfaction, vous pouvez formuler une plainte auprès de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, madame Nicole Gagnon, au numéro (418) 663-5555.

CONSENTEMENT

Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant : une étude exploratoire

Consentement du répondant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision éclairée.

Par la présente, je _____ (nom en lettres moulées) consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui sont énoncées dans le formulaire d'information. Je comprends que :

- *Ma participation à ce projet de recherche est volontaire ;*
- *Je ne renonce à aucun de mes droits ;*
- *Ma décision de participer à ce projet de recherche ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement ou autres institutions impliquées, de leurs responsabilités légales et professionnelles envers moi ;*
- *Les données de ce projet de recherche seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques de cette recherche et par les partenaires identifiés au formulaire d'information ;*
- *J'accepte que mon entrevue soit enregistrée sur magnétophone aux seules fins de cette recherche ;*
- *Je peux me retirer de ce projet en tout temps, sans préjudice.*

Signature du répondant

Date

Signature et engagement de l'étudiant-chercheur responsable du projet

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au répondant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et j'ai vérifié la compréhension du répondant. Je lui remettrai une copie datée et signée de ce document.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement

Signature

Date (JMA)

Annexe D: STORI

"STORI"

Stages of Recovery Instrument (Andresen, Caputi & Oades, 2006)
(trad : P. Golay & J. Favrod)

Le questionnaire suivant porte sur vos sentiments à propos de votre vie et de vous-même depuis la maladie. Certaines questions concernent les fois où vous ne vous sentez pas trop bien. D'autres questions portent sur les moments où vous vous sentez très bien dans votre vie.

Si vous trouvez certaines des questions dérangeantes et que vous avez envie d'en parler à quelqu'un, n'hésitez pas à faire une pause et à en parler à un ami. N'hésitez pas non plus à contacter l'équipe soignante.

Les questions sont présentées par groupes de cinq.

Lisez tout d'abord l'ensemble des cinq questions du groupe avant de répondre à chacune d'entre elles.

Entourez le chiffre de 0 à 5 pour indiquer dans quelle mesure chacune des propositions est vraie pour vous. Passez ensuite au groupe suivant.

Lorsque vous choisissez votre réponse, pensez à **comment vous vous sentez maintenant** et non pas à comment vous vous sentiez par le passé.

Par exemple :

Question #43 « Je commence à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même ».

Question #44 « Je suis maintenant raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie ».

Si vous êtes raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie, vous choisirez un score plus haut à la question #44 que celui pour la question #43 qui dit que vous commencez seulement à en apprendre davantage sur la maladie psychique.

Les questions portent sur comment vous vous sentez globalement dans votre vie ces jours. Essayez de ne pas laisser les choses qui en ce moment précis pourraient influencer votre humeur modifier vos réponses.

Contact: Retta Andresen, Illawarra Institute for Mental Health, School of Psychology, University of Wollongong, NSW, Australia, 2522. Email: retta@uow.edu.au .

Référence: Andresen R, Caputi P and Oades L (2006). The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:972-980

S T O R I

Lisez toutes les questions du groupe 1 puis répondez ensuite à chacune d'entre-elles. Entourez le chiffre de 0 à 5 qui indique dans quelle mesure chaque proposition est vraie pour vous actuellement.

Puis passez au groupe 2 et ainsi de suite.

Quand vous choisissez votre réponse, pensez à comment vous vous sentez actuellement et non pas à comment vous avez pu vous sentir par le passé.

Groupe 1	Pas du tout vrai actuellement			Complètement vrai actuellement		
	0	1	2	3	4	5
1 Je ne pense pas que les gens qui ont une maladie psychique puissent aller mieux.						
2 J'ai seulement récemment découvert que les gens avec une maladie psychique <i>peuvent</i> aller mieux.						
3 Je commence à apprendre comment je peux faire des choses pour moi afin d'aller mieux.						
4 Je travaille dur pour rester bien et cela en vaudra la peine sur le long terme.						
5 J'ai maintenant un sentiment de « paix intérieure » au sujet de la vie avec la maladie.						

Groupe 2	Pas du tout vrai actuellement			Complètement vrai actuellement		
	0	1	2	3	4	5
6 Je sens que ma vie a été ruinée par cette maladie.						
7 Je commence seulement à réaliser que ma vie n'a pas à être affreuse pour toujours.						
8 J'ai récemment commencé à apprendre des gens qui vivent bien malgré une sérieuse maladie.						
9 Je commence à être raisonnablement confiant à propos de remettre ma vie sur les rails.						
10 Ma vie est vraiment bonne maintenant et le futur s'annonce lumineux.						

Groupe 3		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
11	Je me sens actuellement comme si je n'étais qu'une personne malade.	0	1	2	3	4	5
12	Parce que les autres ont confiance en moi, je commence tout juste à penser que peut-être je peux aller mieux.	0	1	2	3	4	5
13	Je <i>commence seulement</i> à réaliser que la maladie ne change pas qui je suis en tant que personne.	0	1	2	3	4	5
14	Je <i>commence actuellement</i> à accepter la maladie comme une partie du tout qui fait ma personne.	0	1	2	3	4	5
15	Je suis heureux d'être la personne que je suis.	0	1	2	3	4	5

Groupe 4		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
16	J'ai l'impression de ne plus savoir qui je suis.	0	1	2	3	4	5
17	J'ai <i>récemment commencé</i> à reconnaître qu'une partie de moi n'est pas affectée par la maladie.	0	1	2	3	4	5
18	Je <i>commence juste</i> à réaliser que je <i>peux</i> toujours être une personne de valeur.	0	1	2	3	4	5
19	J'apprends de nouvelles choses sur moi-même alors que je travaille à mon rétablissement.	0	1	2	3	4	5
20	Je pense que le fait d'avoir travaillé pour dépasser la maladie a fait de moi une personne meilleure.	0	1	2	3	4	5

Groupe 5		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
21	Je ne serai jamais la personne que je pensais que je serais.	0	1	2	3	4	5
22	J'ai <i>tout juste commencé</i> à accepter la maladie comme une partie de ma vie avec laquelle je vais devoir apprendre à vivre.	0	1	2	3	4	5
23	Je <i>commence</i> à reconnaître où sont mes forces et mes faiblesses.	0	1	2	3	4	5
24	Je <i>commence</i> à sentir que j'apporte une contribution de valeur à la vie.	0	1	2	3	4	5
25	J'accomplis des choses qui valent la peine et qui sont satisfaisantes dans ma vie.	0	1	2	3	4	5

Groupe 6		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
26	Je suis en colère que cela me soit arrivé <i>à moi</i> .	0	1	2	3	4	5
27	Je <i>commence</i> tout juste à me demander si des choses positives pourraient ressortir de ce qui m'arrive.	0	1	2	3	4	5
28	Je <i>commence</i> à réfléchir à quelles sont mes qualités particulières.	0	1	2	3	4	5
29	En devant faire face à la maladie, j'apprends beaucoup au sujet de la vie.	0	1	2	3	4	5
30	En surmontant la maladie, j'ai acquis de nouvelles valeurs dans la vie.	0	1	2	3	4	5

Groupe 7		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
31	Ma vie me semble totalement inutile actuellement.	0	1	2	3	4	5
32	Je <i>commence tout juste</i> à penser que je peux peut-être faire quelque chose de ma vie.	0	1	2	3	4	5
33	J' <i>essaie</i> de penser à des moyens d'apporter une contribution dans la vie.	0	1	2	3	4	5
34	Je travaille ces jours sur des choses de la vie qui sont personnellement importantes pour moi.	0	1	2	3	4	5
35	J'ai des projets importants qui me donnent une raison d'être.	0	1	2	3	4	5

Groupe 8		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
36	Je ne peux rien faire à propos de ma situation.	0	1	2	3	4	5
37	Je <i>commence</i> à penser que je pourrais faire quelque chose pour m'aider.	0	1	2	3	4	5
38	Je <i>commence</i> à me sentir plus confiant au sujet d'apprendre à vivre avec la maladie.	0	1	2	3	4	5
39	Il y a parfois des revers mais je ne laisse pas tomber.	0	1	2	3	4	5
40	Je me réjouis de relever de nouveaux défis dans la vie.	0	1	2	3	4	5

Groupe 9			<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
41	Les autres savent mieux que moi ce qui est bon pour moi.		0	1	2	3	4	5
42	J'aimerais commencer à apprendre à m'occuper de moi correctement.		0	1	2	3	4	5
43	Je commence à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même		0	1	2	3	4	5
44	Je me sens maintenant raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie		0	1	2	3	4	5
45	Maintenant, je peux bien gérer la maladie.		0	1	2	3	4	5

Groupe 10			<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
46	Il ne me semble pas que j'aie actuellement un quelconque contrôle sur ma vie.		0	1	2	3	4	5
47	J'aimerais commencer à apprendre à gérer la maladie		0	1	2	3	4	5
48	Je commence seulement à travailler pour remettre ma vie sur les rails.		0	1	2	3	4	5
49	Je commence à me sentir responsable de ma propre vie.		0	1	2	3	4	5
50	Je suis aux commandes de ma propre vie.		0	1	2	3	4	5

Calcul des scores du STORI
(Stages of Recovery Instrument, Andresen, Caputi & Oades, 2006)
 (Trad : P. Golay & J. Favrod)

Structure du STORI

Le STORI est composé de 50 items, présentés en 10 groupes de cinq. Chaque groupe représente l'un des quatre processus du rétablissement (voir Andresen et al., 2003) :

- Espoir
- Identité
- Sens
- Responsabilité

Il y a plus d'un groupe pour chaque processus – soit 2 ou 3 groupes selon le processus.

Les items individuels au sein de chaque groupe représentent les étapes du rétablissement.

Le 1^{er} item de chaque groupe représente un processus à l'étape 1 (moratoire)

Le 2^{ème} item représente le même processus à l'étape 2 (conscience)

Le 3^{ème} item représente le processus à l'étape 3 (préparation)

Le 4^{ème} item représente le processus à l'étape 4 (reconstruction)

Le 5^{ème} item représente le processus à l'étape 5 (croissance), etc.

Calcul des scores

Le total des premiers items de tous les groupes donne le score à l'étape 1 ; le total des seconds items de chaque groupe donne le score à l'étape 2, etc.

Items 1, 6, 11, jusqu'à l'item 46 = total de l'étape 1

Items 2, 7, 12, jusqu'à l'item 47 = total de l'étape 2

Items 3, 8, 13, jusqu'à l'item 48 = total de l'étape 3

Items 4, 9, 14, jusqu'à l'item 49 = total de l'étape 4

Items 5, 10, 15, jusqu'à l'item 50 = total de l'étape 5

Dans notre recherche, nous avons sélectionné l'étape ayant le total le plus élevé comme étant l'étape du rétablissement de la personne. Lorsque les scores les plus élevés étaient égaux pour deux étapes, nous avons sélectionné l'étape la plus « avancée ».

Note :

Il n'y a pas de score « Total ». La façon dont les items sont construits ne permet pas d'effectuer un total en additionnant les items des différentes étapes.

De façon similaire, les différents processus ne sont pas évalués individuellement (p. ex. il n'y a pas de score total « Espoir »).

Il n'y a également pas de score par étape pour les processus pris individuellement (p. ex. pas de score « Espoir 1^{ère} étape ») puisqu'il y a un nombre insuffisant d'items dans chaque cas pour donner un total fiable.

Méthode alternative d'interprétation

Pour rendre le STORI plus sensible aux changements, il est possible de regarder les changements dans les scores par étapes individuelles plutôt que simplement le passage d'une étape à la suivante. Par exemple, un individu peut augmenter son score sur l'étape 4 mais sans que son plus haut score n'ait encore basculé dans la 5^{ème} étape.

Cette méthode n'a pas été utilisée par les chercheurs mais nous pensons qu'elle pourrait être une mesure plus sensible du changement et une voie fructueuse à explorer.

Andresen, R., Caputi, P., et Oades, L. (2006). The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.

Andresen, R., Oades, L., et Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.

Annexe E : URICA



QUESTIONNAIRE SUR LE CHANGEMENT

Code : _____

Date : _____

Voici un questionnaire portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené à venir consulter. Lisez attentivement toutes les questions et répondez en encerclant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous avez des difficultés à comprendre, n'hésitez pas à demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

Utilisez l'échelle ci-dessous :

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord

1. D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement.

1 2 3 4 5

2. Je pense que je suis prêt à faire quelque chose pour m'améliorer.

1 2 3 4 5

3. Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangeaient.

1 2 3 4 5

4. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème.

1 2 3 4 5

5. Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici.

1 2 3 4 5

6. Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide.

1 2 3 4 5

7. Je travaille enfin sur mes problèmes.

1 2 3 4 5

8. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même.

1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
<p>9. J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir continuer à mettre les efforts par moi-même. 2 3 4 5</p>				
<p>10. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus. 2 3 4 5</p>				
<p>11. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi. 2 3 4 5</p>				
<p>12. J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre. 2 3 4 5</p>				
<p>13. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'aie vraiment besoin de changer. 2 3 4 5</p>				
<p>14. Je travaille vraiment fort pour changer. 2 3 4 5</p>				
<p>15. J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler dessus. 2 3 4 5</p>				
<p>16. Je n'ai pas persévétré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai faits, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne. 2 3 4 5</p>				
<p>17. Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème. 2 3 4 5</p>				
<p>18. Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème. 2 3 4 5</p>				
<p>19. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème. 2 3 4 5</p>				
<p>20. J'ai commencé à travailler sur mes problèmes mais j'aimerais avoir de l'aide. 2 3 4 5</p>				
<p>21. Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider. 2 3 4 5</p>				

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
22. J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits. 1 2 3 4 5				
23. J'ai peut-être une part de responsabilité dans le problème mais je ne le pense pas vraiment. 1 2 3 4 5				
24. J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils. 1 2 3 4 5				
25. N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelques chose à ce sujet. 1 2 3 4 5				
26. C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes? 1 2 3 4 5				
27. Je suis ici pour éviter que mon problème revienne. 1 2 3 4 5				
28. C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé. 1 2 3 4 5				
29. J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser? 1 2 3 4 5				
30. Je travaille activement sur mon problème. 1 2 3 4 5				
31. Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer. 1 2 3 4 5				
32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder. 1 2 3 4 5				

Source : University of Rhode Island, Change Assessment scale Urica, tiré d'une recherche effectuée dans le cadre des études supérieures de l'Université de Montréal et du groupe de recherche sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

QUESTIONNAIRE SUR LE CHANGEMENT (Grille URICA)

Consigne d'utilisation

Cet outil a été développé aux États-Unis avec une population alcoolique adulte en traitement externe. Il n'a pas été validé au Québec mais est utilisé dans différentes recherches. On peut s'en servir à *titre indicatif* pour appuyer un jugement clinique.

Pour faire la correction et établir le profil

Sur la grille de correction au verso, reportez les résultats obtenus (de 1 à 5) à chaque réponse du questionnaire. Faites le total pour chaque échelle (de 7 à 35); ceci est le *score brut*. En utilisant la grille de transformation ci-dessous, identifiez le *score T* correspondant au *score brut* de chacune des échelles. Reportez ce *score T* sur la grille de correction puis sur le tableau de profil et reliez les quatre points ainsi obtenus.

L'interprétation du profil se fait par rapport à *la moyenne de chaque échelle (score T = 50)*. Les résultats situent la personne qui a rempli le questionnaire par rapport à l'ensemble des individus qui ont passé le questionnaire pour sa validation aux États-Unis.

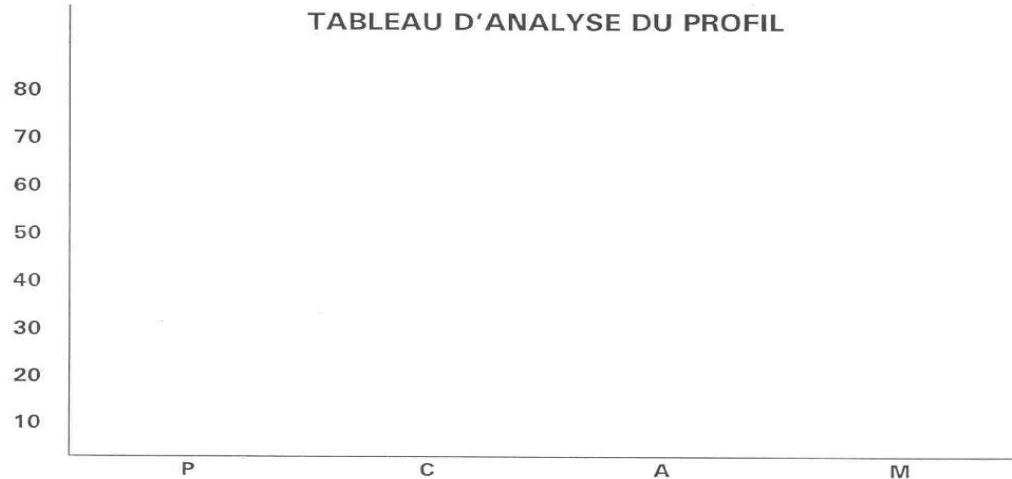
Grille de transformation des scores bruts en scores T

Scores T	Scores Bruts				
	Précontemplation	Contemplation	Action	Maintien	
100	30-35				
95	29-30				
90	27-28				
85	25-26				
80	23-24				
75	21-22				
70	19-20		35	35	
65	17-18		33-34	33-34	
60	15-16	34-35	31-32	31-32	
55	13-14	33	27-30	28-29-30	
50	11-12	31-32	27-28	26-27	
45	09-10	30	25-26	23-24-25	
40	07-08	28-29	23-24	21-22	
35		27	21-22	18-19-20	
30		25-26	19-20	16-17	
25		24	17-18	13-14-15	
20		22-23	15-16	11-12	
15		21	13-14	08-09-10	
10		19-20	11-12	07	
5		18	09-10		
0		16-17	07-08		
-5		15			
-10		13-14			
-15		07-12			

GRILLE DE CORRECTION URICA

	PRÉCONTEMPLATION	CONTEMPLATION	ACTION	MAINTIEN
1	= _____	2 = _____	3 = _____	6 = _____
5	= _____	4 = _____	7 = _____	9 = _____
11	= _____	8 = _____	10 = _____	16 = _____
13	= _____	12 = _____	14 = _____	18 = _____
23	= _____	15 = _____	17 = _____	22 = _____
26	= _____	19 = _____	20 = _____	27 = _____
29	= _____	21 = _____	25 = _____	28 = _____
31	= _____	24 = _____	30 = _____	32 = _____
BRUT	= _____	BRUT = _____	BRUT = _____	BRUT = _____
POND	= _____	POND = _____	POND = _____	POND = _____

TABLEAU D'ANALYSE DU PROFIL



Annexe F : Entrevue semi-dirigée

Guide d'entrevue

Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant : une étude exploratoire

Avant d'aborder les questions de l'entrevue, lire ou résumer le texte suivant au répondant :

On observe qu'une relation existe entre les problématiques de santé mentale et celles des abus/de dépendance aux substances. L'existence de cette relation rend entre autres difficiles la vie quotidienne et sociale, les traitements, augmente les chances de rechutes et par conséquent les fréquences d'hospitalisations. Autrement dit, la coexistence de ces deux problématiques rend le rétablissement difficile. Toutefois, nous sommes conscients que plusieurs individus persistent et sont en mesure de se rétablir à la fois de leur problématique de santé mentale et d'abus/de dépendance aux substances. Dans la littérature, le fait de vivre avec ces deux problématiques est appelé : « trouble concomitant ».

Notre intérêt aujourd'hui est d'en connaître davantage sur le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant. Plus précisément, nous tenons à mieux comprendre la perception de ce que représente le rétablissement d'une telle problématique ainsi que les facteurs individuels, environnementaux et ceux liés aux interventions qui interviennent dans ce processus. En fait, l'entrevue sera divisée en trois sections couvrant respectivement le rétablissement d'une problématique de santé mentale, le rétablissement d'une problématique d'abus/de dépendance aux substances et finalement le rétablissement d'un trouble concomitant.

Il est important de rappeler que cette entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone, et ce, à des fins d'analyse. Également, votre participation à ce projet de recherche demeure volontaire, autrement dit, vous serez en mesure de vous retirer, et ce, peu importe le moment y compris pendant le déroulement de l'entrevue. Nous vous rappelons que si vous désirez vous retirer durant l'entrevue, toutes les données recueillies ne seront pas utilisées lors de l'étape d'analyse. Finalement, nous vous rappelons que cette rencontre est sous le sceau de la confidentialité et que seulement l'étudiant-chercheur et ses directrices de recherche auront accès au contenu.

Partie 1 : Le rétablissement d'un trouble mental

D'entrée de jeu, nous aborderons globalement votre situation par rapport à votre problématique de santé mentale. Nous chercherons à mieux comprendre votre parcours à travers cette problématique, les facteurs pouvant détériorer et améliorer celle-ci ainsi que les effets sur votre vie.

1. Parlez-moi de votre problématique de santé mentale ?

Notes à l'interviewer : durée de la maladie, apparition du diagnostic, l'annonce du diagnostic, perception de la situation, réaction face au diagnostic, réaction de l'entourage, impact concret de la maladie. L'objectif est d'avoir un portrait d'ensemble de la problématique de santé mentale.

- a) Depuis quand vivez-vous une problématique de santé mentale ?
- b) Dans quel contexte avez-vous appris votre diagnostic ?
- c) Quelle a été votre réaction à la suite de l'annonce du diagnostic ?
- d) Comment ont réagi vos proches à la suite à cette annonce ?
- e) À votre avis, quels sont les facteurs ou les éléments qui ont contribué à l'apparition de la maladie ?
- f) Quelles sont les répercussions quotidiennes et sociales de la problématique dans votre vie ?

2. Dans la dernière année, comment a évolué votre problématique de santé mentale ?

Note à l'interviewer : évolution favorable/défavorable/stable.

- a) Qu'est-ce qui explique cette évolution (favorable/défavorable/stable) selon vous ?
- b) Quels facteurs pourraient-on associer à cette évolution (favorable/défavorable/stable) ?

3. Jusqu'à quel point croyez-vous que le rétablissement de votre problématique de santé mentale est possible ?

Notes à l'interviewer : Si le répondant ne peut trouver une réponse avec cette première question, on enchaîne directement avec a). Le principe est de voir si la personne est en mesure de concrétiser ses objectifs.

- a) Sur une échelle de 1 à 10 (où 10 étant « complètement rétabli » et 1 « pas du tout rétabli »), comment évalueriez-vous votre rétablissement quant à votre problématique de santé mentale ?
- b) Qu'est-ce qui vous amène à retenir cette cote ?
- c) Sur cette échelle, quelle cote serait votre idéal ?
- d) Pensez-vous pouvoir atteindre cet idéal ? Comment ?
- e) Quels signes vous indiquerait que vous êtes rétabli de votre problématique de santé mentale ?

4. Quelle est la nature des services que vous recevez présentement en lien avec votre problématique de santé mentale ?

Notes à l'interviewer : côtés positifs, côtés négatifs, utilité. Poser les sous-questions d) et e) selon les réponses apportées en b) et c).

- a) Qu'est-ce qui vous a amené à recevoir des services en lien avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec ?
- b) Pourquoi pensez-vous recevoir ces services ?
- c) Que vous apportent ces services présentement dans votre vie ?
- d) Quels sont les impacts positifs de ces services dans votre vie ?
- e) Quels sont les impacts négatifs de ces services dans votre vie ?

Partie 2 : le rétablissement d'une problématique d'abus/de dépendance

Dans cette deuxième partie, nous chercherons à documenter votre parcours de vie en lien avec votre problématique d'abus/de dépendance aux substances. Tout comme pour la première partie sur la problématique de santé mentale, nous aborderons divers sujets visant à mieux comprendre l'influence positive ou négative des facteurs sur votre problématique ainsi que sur votre vie.

5. Parlez-moi de votre consommation de substances ?

Notes à l'interviewer : poser les questions selon les réponses obtenues. L'objectif est d'avoir un portrait d'ensemble de la problématique d'abus/de dépendance.

- a) Dans quel contexte votre initiation à l'alcool et/ou aux drogues s'est-elle déroulée ?
 - a. Quel âge aviez-vous ?
 - b. À quel endroit ?
 - c. Avec qui étiez-vous à ce moment ?
 - d. Qu'avez-vous consommé ?
 - e. Qu'avez-vous éprouvé comme sensation au moment de consommer ?
- b) À partir de quel moment avez-vous commencé à augmenter la fréquence de votre consommation ?
- c) Quels sont les avantages de la consommation de drogues et/ou alcool dans votre vie ?
- d) Quels sont les désavantages de la consommation de drogues et/ou alcool dans votre vie ?

6. Depuis votre initiation, comment a évolué votre consommation d'alcool et/ou de drogues ?

Notes à l'interviewer : Y a-t-il eu une augmentation ou une diminution de la consommation ? La consommation est-elle demeurée la même ? Est-il conscient de sa problématique ? Comment perçoit-il aujourd'hui sa consommation par rapport à avant ? Éléments déclencheurs, personnes, éléments différents dans sa vie, etc.

- a) À votre avis, votre consommation d'alcool et/ou de drogues a-t-elle augmenté, diminué ou est demeurée stable depuis votre initiation aux substances ? Justifiez.
- b) Quand et à quel âge avez-vous constaté que votre consommation était devenue problématique ?
- c) Quelle est la substance que vous considérez comme étant la plus problématique dans votre vie ? Justifiez.
- d) Quelles sont les principales raisons qui ont motivé l'augmentation de la consommation d'une ou plusieurs substances ?
- e) Quels sont les facteurs qui vous ont indiqué que votre consommation était problématique ?

7. Jusqu'à quel point pensez-vous que le rétablissement de votre problématique d'abus/de dépendance aux substances est possible ?

Notes à l'interviewer : améliorations, abstinence, avenir.

- a) Sur une échelle de 1 à 10 (où 10 étant « complètement rétabli » et 1 « pas du tout rétabli ») comment évalueriez-vous votre rétablissement quant à votre problématique d'abus/de dépendance ?
- b) Qu'est-ce qui vous amène à retenir cette cote ?
- c) Sur cette échelle, quelle cote serait votre idéal ? Pour quelles raisons ?
- d) Pensez-vous pouvoir atteindre cet idéal ? Comment ?
- e) Quels signes vous indiquerait que vous êtes rétabli de votre problématique d'abus/de dépendance ?

8. Quel serait pour vous l'idéal dans la gestion de votre consommation ?

- A) L'abstinence ?
- B) Une consommation modérée ?
- C) Le maintien des habitudes actuelles de consommation ?

Notes à l'interviewer : On veut savoir ce que la personne priorise en lien avec sa problématique de consommation. Il est aussi question ici de savoir si la personne est en mesure de mettre en action son rétablissement.

Si le répondant sélectionne « l'abstinence » :

- a) Qu'est-ce qui justifie votre choix ?
- b) Qu'est-ce qui vous motive à être abstinents ?
- c) Quelles sont les conséquences associées à votre abstinence ?
- d) En quoi l'abstinence contribue-t-elle à votre rétablissement ?

Si le répondant sélectionne « la consommation modérée » :

- a) Qu'est-ce qui justifie votre choix ?
- b) Que signifie pour vous une consommation modérée ?
- c) En quoi ce type de consommation se distingue-t-il de vos habitudes antérieures ?
- d) En quoi ce choix est-il plus avantageux que l'abstinence ?
- e) En quoi cette consommation modérée contribue-t-elle à votre rétablissement ?

Si le répondant sélectionne « le maintien des habitudes actuelles de consommation » :

- a) Qu'est-ce qui justifie votre choix ?
- b) En quoi ce choix est-il plus avantageux que l'abstinence ?
- c) En quoi le maintien de vos habitudes actuelles de consommation contribue-t-il à votre rétablissement ?

9. Quels sont les services que vous recevez en lien avec votre problématique d'abus/de dépendance aux substances ?

Notes à l'interviewer : Ici, il est important d'obtenir la perception des services que la personne reçoit. Pour la question d) il pourrait s'agir d'un ami, de la famille, du médecin... ou même d'une ordonnance de traitement (autorisation de soins, mandat légal). On cherche ici à connaître la motivation de la personne envers les soins qu'elle reçoit.

- a) Qu'est-ce qui vous a amené à recevoir des services en lien avec votre problématique d'abus/ de dépendance ?
- b) Quels sont les éléments déclencheurs qui vont ont poussé à demander ou à recevoir des services ?
- c) Selon vous, qu'est-ce qui justifie l'utilisation de ces services ?
- d) De qui est provenue la décision d'entreprendre des traitements en lien avec votre problématique d'abus/de dépendance ? Justifiez.
- e) Quels sont les impacts positifs de ces services dans votre vie ?
- f) Quels sont les impacts négatifs de ces services dans votre vie ?
- g) Quels sont aujourd'hui vos objectifs par rapport à votre problématique d'abus/de dépendance ?

Partie 3 : le rétablissement d'un trouble concomitant

Tel que mentionné en introduction, l'existence commune d'une problématique de santé mentale et d'abus/de dépendance aux substances est susceptible d'avoir un impact négatif sur le fonctionnement des individus et rend difficile le rétablissement. Dans cette partie, nous cherchons donc à comprendre quels sont les facteurs dans la vie d'une personne ayant un trouble concomitant qui modifient positivement ou négativement son parcours vers le rétablissement.

- 10. Avez-vous l'impression qu'il existe des liens entre votre problématique de consommation et votre problématique de santé mentale ?
Notes à l'interviewer : percevoir la prise de conscience de la personne quant à l'interaction des deux problématiques dans sa vie. Perçoit-il l'influence de l'une sur l'autre ?
 - a) D'après vous, jusqu'à quel point une problématique influence-t-elle une autre ?
 - b) Laquelle prend le plus de place dans votre vie ? Justifiez votre réponse.
 - c) Laquelle constitue le défi le plus important en matière de rétablissement ? Justifiez votre réponse.
- 11. Qu'est-ce qui est primordial dans votre vie ?
 - A) le rétablissement de votre problématique de santé mentale
 - B) le rétablissement de votre problématique d'abus/de dépendance
 - C) votre rétablissement complet (les deux problématiques)
 - D) Aucun de ces choix
 - a) Qu'est-ce qui justifie votre choix ?
 - b) Quels seraient vos objectifs en lien avec ce choix ?
 - c) Qu'avez-vous mis en place actuellement pour atteindre cette priorité ?
 - d) Si du jour au lendemain vous étiez totalement rétabli (choix de réponse du répondant), qu'est-ce qu'il y aurait de différent dans votre vie ?
 - e) Quel (s) rêve (s) entretenez-vous en pensant à l'avenir ?

Si le répondant sélectionne « aucun de ces choix » :

- a) Qu'est-ce qui justifie votre choix ?
- b) Hormis ces choix de réponses, qu'est-ce qui est primordial dans votre vie ?
- c) Quels seraient vos objectifs en lien avec cette priorité que vous venez de me mentionner ?
- d) Qu'avez-vous mis en place actuellement pour atteindre cette priorité ?

Partie 4 : les facteurs d'influence dans le rétablissement d'un trouble concomitant.

Dans diverses études, plusieurs répondants ont défini le rétablissement comme un processus social. En outre, la présence de personnes les efforts de la personne en processus de rétablissement vient constamment proférer de l'espoir et de l'encouragement. Par conséquent, des répondants ont identifié trois principales sources de soutien : les membres de la famille ainsi que les amis, les cliniciens et finalement les pairs (Mancini et al., 2005; Nordby et al., 2010). Également, d'autres personnes ont mentionné l'importance de demeurer actif et de pratiquer des activités non relatives à la maladie afin de les aider dans leur processus de rétablissement (Young & Ensing, 1999). En ce sens, cette dernière partie cherchera à explorer vos relations interpersonnelles, vos relations avec les professionnels de la santé ainsi que vos activités et loisirs et leurs impacts dans votre rétablissement.

12. Tout à l'heure, nous parlions des services que vous recevez en ce moment et des effets de ces derniers dans votre vie. Toutefois, nous voulons en savoir davantage sur la nature de vos relations interpersonnelles et des effets dans votre vie. Y a-t-il des personnes qui sont particulièrement importantes dans votre vie (ex. amis, famille, intervenants)? Si oui, qui sont-elles et quels rôles jouent-elles dans votre vie ?

Notes à l'interviewer : Il est possible que la personne n'ait pas de relations interpersonnelles significatives dans sa vie et qu'elle ne reçoive aucun soutien de proches.

- a) Quels sont les effets de leur soutien dans vos démarches de rétablissement ?
- b) Quelle relation est la plus importante dans votre vie présentement ?
- c) Pourquoi cette relation plutôt qu'une autre ?

13. Comment décririez-vous les relations que vous entretez avec les professionnels de la santé (ex. : psychologue, travailleurs sociaux, etc.) ?

Notes à l'interviewer : s'il n'a pas de réponse, on pourrait lui demander de décrire une relation positive qu'il a vécue (ou qu'il vit présentement) avec un intervenant.

Relations significatives (actuelles)

- a) Quels sont les aspects de ces relations que vous aimez le plus ?
- b) Comment se prennent les décisions vous concernant dans cette relation ?
- c) Comment vous sentez-vous en compagnie de ces intervenants ?
- d) Quels sont les impacts de ces relations dans votre vie ?

Relations significatives (antérieures)

- a) Avez-vous déjà, dans le passé, développé une relation significative avec un intervenant ?
- b) Qu'est-ce qui caractérisait cet intervenant ?
- c) Qu'est-ce qui caractérisait cette relation ?

- d) Comment vous sentiez-vous en compagnie de cet intervenant ?
- e) Quels ont été les impacts de cette relation dans votre vie ?

Profil de l'intervenant idéal

- a) Quelles caractéristiques possèderait un intervenant idéal ?
- b) Quelles caractéristiques possèderait une relation de soin idéale ?

14. Plusieurs personnes pratiquent des sports ou ont des loisirs afin de s'occuper, se divertir, de faire passer le temps ou même par passion. En ce sens, nous aimerions connaître la nature des activités ou des loisirs que vous pratiquez présentement.

Notes à l'interviewer : il se peut que la personne ne pratique aucune activité particulière. Posez les questions en conséquence...

Si la personne pratique au moins une activité :

- a) Quelles activités ou quels loisirs pratiquez-vous ?
- b) À quelle fréquence ?
- c) Selon vous, quels effets ont ces activités et/ou ces loisirs dans votre vie ?
- d) Selon vous, quels effets ont ces activités et/ou loisirs sur votre problématique de santé mentale ?
- e) Sur votre problématique d'abus/de dépendance ?

Si la personne ne pratique aucune activité ou est incapable d'en nommer une en particulier :

- a) Quels activités ou loisirs aimeriez-vous pratiquer ?
- b) Pourquoi ces activités en particulier et non d'autres ?
- c) Quels sont les obstacles actuels à la pratique de ces activités ou loisirs ?
- d) Selon vous, quels impacts pourraient avoir ces activités et/ou loisirs dans votre vie ?

15. En terminant, y a-t-il des aspects qui n'ont pas été abordés en entrevue et dont vous aimeriez me faire part ?

Votre collaboration est un élément essentiel de notre étude.

Nous tenons donc à vous remercier d'avoir partagé ces informations avec nous, elles nous seront d'une grande utilité.

Annexe G : Approbations éthiques (IUSMQ, UQAC)



Comité d'éthique de la recherche

Le 19 juin 2012

Monsieur Alexandre Théberge
645 avenue de Norvège App. 10
Québec (Québec)
G1X 3G4

N/Réf. 602.351.01

OBJET : Approbation éthique

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a étudié votre projet de recherche intitulé « *Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble comorbid : une étude exploratoire* ». Les membres du comité tiennent à féliciter la responsable du projet de recherche pour la qualité du dossier présenté.

Lors de cette réunion, le comité a examiné les documents suivants :

- ✓ Le formulaire « Demande d'approbation éthique ».
- ✓ Les déclarations d'honneur (3).
- ✓ Les outils de collecte de données.
- ✓ Lettre validant le contenu scientifique du projet, datée du 3 mai 2012.
- ✓ Autorisation de l'institut universitaire en santé mentale de Québec, datée du 2 mai 2012.
- ✓ Formulaire d'information et de consentement.

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 5 juin 2012. Conformément à nos exigences, une version modifiée des documents suivants a été soumise en date du 15 juin 2012.

- ✓ Le formulaire « Demande d'approbation éthique ».
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement.
- ✓ Les outils de collecte de données.

* Il est à noter que l'approbation éthique émise par l'institut universitaire en santé mentale de Québec est toujours manquante et devra être acheminée au CER de l'UQAC lorsqu'octroyée.

Les réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée le 19 juin 2012.

Nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche. L'approbation éthique délivrée est valide pour la période du 19 juin 2012 au 18 juin 2013.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :

<http://www.uqac.ca/recherche/cer/index.php>

En vous souhaitant le meilleur succès dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.

[REDACTED]

Marie-Julie Pôtvin, coordonnatrice
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

p. j. Approbation éthique

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains 2* 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 19 juin 2012 au 18 juin 2013.

Pour le projet de recherche intitulé : *Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble comorbidé : une étude exploratoire.*

Responsable du projet de recherche : *Monsieur Alexandre Théberge*

No référence – Approbation éthique : 602.351.01

Fait à Ville de Saguenay, le 19 juin 2012

François Guérard
Président
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains





Institut universitaire
en santé mentale
de Québec

Québec, le 6 juillet 2012

MEMBRES	
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC	
Sophie Chantal, Ph. D.	Membre scientifique
	Présidente
Louise Bérubé, B.Sc. Inf., M.A.	Membre scientifique
	Vice-présidente
Pierre Duchesne, M. Sc.	Représentant de la
	collectivité
Véronique Bégin, B.Ps., DESS	Représentant de la
	collectivité
Didier Carriére, Ph. D.	Membre éthique
Anne-Marie Savard, I.L.D.	Membre juridique
Denis Cliche, M.D.	Membre scientifique
Mathieu Guillet, Ph. D.	Membre scientifique
Monique Garant, B. Pharm.	Membre scientifique
Karine Paquet, M.D.	Membre scientifique
Membres substituts :	
Roger Pichette, I.L.D.	Membre juridique
Marie-Nancy Paquet, I.L.D., DESS	Membre juridique
Ana Marin, Ph. D.	Membre éthique

Madame Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D.

Professeure

Madame Sandra Juneau, Ph.D.

Professeure

Monsieur Alexandre Théberge, étudiant à la maîtrise
UQAC

Objet : Approbation finale du projet #301-2012

Projet #301-2012 réalisé par Alexandre Théberge, étudiant à la maîtrise en service social à l'UQAC, sous la supervision de Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D., et Sandra Juneau, Ph.D., affiliées à l'Université du Québec à Chicoutimi, et intitulé : « Les facteurs d'influence dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble concomitant : une étude exploratoire ».

Mesdames, Monsieur,

J'accuse réception des documents suivants :

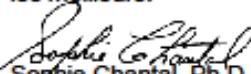
- FCÉ version du 5 juillet 2012;
- Les deux feuillets publicitaires.

Après avoir examiné les corrections qui lui ont été soumises, le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec approuve le projet ci-haut mentionné, et ce, jusqu'au 6 juillet 2013.

Une copie du formulaire de consentement portant le sceau d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec doit être obligatoirement utilisée lors du recrutement des participants. Le formulaire de consentement portant la signature originale de chacun des participants doit être conservé dans les dossiers du chercheur et une copie remise au participant.

Je vous souhaite un bon succès dans la réalisation de ce projet.

Je vous prie de recevoir, Mesdames, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Sophie Chantal, Ph.D.

Présidente du Comité d'éthique de la recherche
Institut universitaire en santé mentale de Québec

SC/cb

p.j. FCE version du 5 juillet 2012 portant le sceau du CER

