

Université de Montréal

Mieux comprendre la relation entre de jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant et leurs intervenants : une revue intégrative des écrits

Par
Sophie Sergerie-Richard

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Science (M. Sc.) en sciences infirmières, option expertise-clinique

Décembre 2021

© Sophie Sergerie-Richard, 2021

Ce mémoire intitulé

Mieux comprendre la relation entre de jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant et leurs intervenants : une revue intégrative des écrits

Présenté par
Sophie Sergerie-Richard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Pilar Ramirez Garcia
Président-rapporteur

France Dupuis
Directrice de recherche

Jérôme Gauvin-Lepage
Membre du jury

Résumé

Problématique. L'importance de la qualité de la relation entre de jeunes adultes présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et leurs intervenants pour la santé de ces jeunes est bien documentée. Or, ce phénomène complexe a surtout été étudié dans une perspective individuelle plutôt que systémique alors que plusieurs des résultats d'études antérieures soutiennent le caractère systémique de cette relation. **But.** Cette étude vise à mieux comprendre, selon une perspective systémique, le phénomène complexe de la relation entre les jeunes adultes atteints d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et les intervenants. **Méthode.** Une revue intégrative basée sur un cadre théorique systémique a été effectuée. Six bases de données ont été consultées, une recherche de littérature grise et une vérification des références ont bonifié le processus. **Résultats.** Sur un total de 532 écrits recensés, 44 ont été inclus. L'analyse thématique a fait ressortir deux thèmes, soit a) le système de santé : un environnement contraignant et b) la relation au cœur des soins. Le premier thème décrit le contexte de la relation alors que le deuxième concerne l'influence des soins prodigués, de la confiance réciproque et du caractère hiérarchique de la relation sur la qualité de cette relation. **Conclusion.** Cette étude corrobore le rôle conjoint joué par le jeune et l'intervenant dans le développement et le maintien de leur relation. Elle peut donc constituer d'assise pour le développement d'interventions infirmières mettant à l'avant plan la relation selon une perspective systémique.

Mots clés : revue intégrative, revue de la littérature, relations entre professionnels de santé et patients, approche systémique familiale de Calgary, trouble concomitant, troubles mentaux, troubles liés aux substances, sciences infirmières

Abstract

Problem. Importance of a quality relationship between young adults living with dual diagnosis and their health care providers is well documented. However, this complex phenomenon was mostly studied with an individual perspective instead of systemic perspective even if the results addressed the systemic nature of this relationship. **Objective.** This study aims to better understand the relationship between young adults living with dual diagnosis and their health care providers with a systemic perspective. **Method.** An integrative review framed by a systemic approach was completed. Six data bases were consulted, manual research in grey literature and references screening enhanced the process. **Results.** On a total of 500 studies and 32 reports identified, 44 were included in the review. Thematic data analysis was realized, and two themes were identified: (a) the health care system: a constraining environment and (b) the relationship: at the heart of care. The first theme describes the context of the relationship, and the second theme addresses the influence of cares, mutual confidence, and hierarchic relationship on the quality of this relationship. **Conclusion.** This study supports the joint role played by both young adult and health care provider on the development and the maintenance of their relationship. This integrative review can represent the foundation of future nursing interventions that brought the relationship to the forefront of nursing cares with a systemic approach.

Keywords: integrative review, review, professional-patient relations, Calgary family model, dual diagnosis (psychiatry), mental health, substance use disorder, nursing sciences

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières	v
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Avant-propos	ix
Chapitre 1 – Problématique	1
But	5
Objectif de recherche	5
Chapitre 2 - Recension des écrits	6
Le trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances chez les jeunes adultes	6
La relation entre les jeunes adultes présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et leurs intervenants	10
Chapitre 3 – Méthodologie	13
La revue intégrative	13
Étape 1 : L'identification du problème	14
Étape 2 : La recherche documentaire	15
<i>Sélection des articles</i>	17
Étape 3 : Évaluation des données	19
Étape 4 : Analyse des données	20
Étape 5 : La présentation des résultats	22
Considérations éthiques	22
Chapitre 4 – Article : Résultats de recherche et discussion	23
Présentation de l'article	23
Chapitre 5 – Discussion générale	49
Pertinence pour la discipline infirmière	49
Forces et limites de l'étude	53
Perspectives pour des recherches futures	56
Conclusion	58
Références	59
Annexe A : Stratégie de recherche	68
Annexe B : Stratégie de recherche pour la littérature grise	72
Annexe C : Processus de sélection des écrits	73

Annexe D : Grille d'extraction des données complétée	74
Annexe E – Thèmes, sous-thèmes préliminaires et codes associés.....	104
Annexe F : Carte thématique découlant de l'analyse thématique des données.....	115
Annexe G : Schéma conceptuel de la revue intégrative	116
Annexe H : Instructions de la revue scientifique à l'intention des auteurs	117
Annexe I : Pattern de communication circulaire	121

Liste des abréviations

Abréviations

ASFC

Approche Systémique Familiale de Calgary

PCC

Pattern de Communication Circulaire

Remerciements

Ce projet de mémoire peut certainement être pris en exemple pour illustrer à quel point une idée au début du parcours à la maîtrise peut s'épanouir de différentes façons. À la lumière des nombreux changements qui ont eu lieu au cours de mon parcours, j'aimerais particulièrement remercier France pour son soutien tout au long de l'évolution du projet. Tu as su t'assurer de mettre de l'avant mes intérêts et de m'épauler durant les hauts et les bas plus stressants. Je suis reconnaissante et choyée d'avoir eu l'opportunité de collaborer avec toi.

Les dernières semaines de rédaction, mais également tout mon parcours de maîtrise a exigé une rigueur et une assiduité déterminantes et mes collègues de maîtrise ont contribué grandement à l'atteinte de mes objectifs. Merci à Anaïs, Lili, Frédérick et Sophie pour votre présence durant cette étape de mon parcours professionnel et personnel. Vous avez été des sources de motivation importantes en plus de m'avoir apporté un soutien moral précieux. Je vous souhaite un futur à la hauteur de vos attentes et de vos expertises!

J'aimerais également remercier mes parents qui, malgré la distance, ont su m'encourager et me soutenir à travers toutes ces années d'études. Vous êtes la principale raison pour laquelle j'ai eu l'opportunité de réaliser mes aspirations professionnelles jusqu'à la maîtrise et je vous en serai toujours reconnaissante.

Un merci tout spécial à ma meilleure amie et à mon copain pour l'accompagnement, les mots d'encouragement et l'intérêt porté à l'égard de mon projet. Votre présence attentionnée a joué un rôle crucial dans la rédaction de ce mémoire.

Finalement, j'aimerais remercier les organismes subventionnaires qui m'ont offert un soutien financier dans le cadre de mon parcours à la maîtrise afin de réaliser ce projet de recherche, c'est-à-dire l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Réseau de recherche en interventions infirmières du Québec.

Avant-propos

L'objet du présent mémoire a grandement évolué depuis le début de mon parcours à la maîtrise. En effet, la première intention de ce mémoire était de réaliser une étude qualitative ayant pour devis une étude de cas. Des entrevues individuelles semi-dirigées avec des intervenants et des jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances ainsi que des périodes d'observation sur les milieux de soins étaient planifiées.

Le projet a donc d'abord été développé en ce sens et présenté à un comité d'approbation. Toutefois, cette proposition étant simultanée à une vague d'infection accrue associée à la COVID-19, il était difficilement envisageable de réaliser un tel projet en respectant les échéances du parcours académique et la réalité des milieux de soins. En effet, la mobilisation et l'implication du personnel nécessaires au projet de recherche ne respectaient pas la réalité du milieu teintée par le manque de ressources humaines et l'aggravation de leur charge de travail. Ainsi, à la lumière des discussions avec les membres du comité d'approbation, il a été décidé d'orienter le projet davantage vers une revue intégrative des écrits sur le sujet afin d'optimiser la réalisation du mémoire malgré la situation pandémique.

Toutefois, ce changement de modalité nous a forcé à faire des choix, par exemple, sur les éléments du premier projet qui demeuraient pertinents pour la revue intégrative. À la lecture des articles trouvés par la recension des écrits du premier projet, l'importance de la relation entre les jeunes adultes et leurs intervenants dans le processus de soins a été identifiée. Les concepts du jeune adulte et du trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances sont ainsi demeurés centraux au second projet. Enfin, les cours du programme de maîtrise permettant d'approfondir l'Approche systémique familiale de Calgary ont également guidé l'identification de la problématique du présent projet qui est centrée sur la relation entre ces jeunes adultes et leurs intervenants.

Chapitre 1 – Problématique

Dans le domaine de la santé, l'influence de la qualité de la relation entre l'intervenant et la personne soignée sur l'ensemble du processus de soins n'est plus à démontrer (Clement et al., 2015; Duhamel, 2015; Dunne et al., 2017; Grim et al., 2016; Procter et al., 2015; Shajani et Snell, 2019). En sciences infirmières, Wright et Bell (2021) amènent encore plus loin l'idée de l'importance de la relation en spécifiant que l'intervention infirmière, peu importe ce en quoi elle consiste, peut se concrétiser uniquement au sein d'une relation entre les sous-systèmes infirmière-personne. Au cours des dernières années, la relation entre l'intervenant et la personne a fait l'objet de diverses études où elle est représentée comme un phénomène complexe (Brown et al., 2016; Newman et al., 2015). Cependant, sa signification demeure peu adaptée à cette vision du soin où la perspective systémique situe la relation au cœur de l'intervention.

Cette signification peu adaptée à la perspective systémique s'illustre particulièrement dans les écrits concernant la relation entre un jeune adulte présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances¹ et ses intervenants. Or, cette relation représente un phénomène complexe et systémique central au processus de soins. En effet, plusieurs experts de ce domaine soulignent la complexité associée au développement et au maintien de cette relation dans le domaine psychiatrique (Newman et al., 2015), mais aussi son influence positive sur le rétablissement des personnes lorsque la relation est considérée de qualité (Adnoy Eriksen et al., 2014).

La prévalence des troubles concomitants est particulièrement préoccupante. Au Québec, la proportion des troubles mentaux en 2016-2017 était environ trois fois plus élevée chez la population consommatrice de substances que dans la population qui n'a jamais été diagnostiquée pour un tel trouble (Huynh et al., 2020) et elle concerne de façon plus inquiétante la jeune population dont celle âgée de 18 à 25 ans (Khan, 2017). En effet, ces jeunes adultes vivent plusieurs événements au même moment, notamment, au niveau de l'adoption de nouveaux rôles sociaux associés à l'entrée vers l'âge adulte, augmentant ainsi le risque d'adopter une consommation à risque d'alcool et/ou de cannabis et de développer parallèlement un trouble de santé mentale (Patrick et al., 2019). L'entrée vers l'âge adulte se présente donc comme une période vulnérable et

¹ Les substances font références aux psychotropes ou, en d'autres termes, aux drogues (American Psychiatric Association, 2016).

potentiellement charnière en matière de développement d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances.

Dans le contexte d'un tel trouble concomitant, la trajectoire de soins de ces jeunes adultes est très complexe (Leahy et al., 2013) et la gravité de leur situation de santé risque d'augmenter en raison de la concomitance des deux troubles (Boden et al., 2019). Ainsi, il est envisageable que ces jeunes nécessitent la rencontre d'une multitude de professionnels issus de services différents (Leahy et al., 2013). Or, il peut être difficile pour un jeune atteint d'un trouble de santé mentale de communiquer son histoire, souvent dure, auprès d'intervenants avec qui il n'a pas encore établi une relation de confiance (Ådnanes et Steihaug, 2016; Appleton et al., 2020; Broad et al., 2017; Ellem et al., 2020). Sans oublier la stigmatisation sociétale à l'égard du trouble de santé mentale et de la consommation qui peut teinter la relation intervenant-personne jusqu'à représenter une barrière à l'utilisation des services par les jeunes qui préfèrent ne pas obtenir de suivi professionnel (Brown et al., 2016; Loos et al., 2018). En effet, certains écrits ont rapporté que les professionnels de la santé, dont les infirmières, peuvent présenter des attitudes négatives à l'égard de la clientèle consommatrice de psychotropes (Crothers et Dorrian, 2011; Howard et Holmshaw, 2010). En réponse à ces expériences relationnelles, le jeune adulte risque d'avoir de la difficulté à adopter les stratégies de coping qui lui sont enseignées et ainsi compliquer sa situation de santé (Loos et al., 2018).

Actuellement, le phénomène complexe de la relation entre ces jeunes adultes et les intervenants est abordé dans les écrits en faisant référence à une responsabilité à l'égard du développement et du maintien de la relation reposant, dans certains cas, sur la personne soignée et dans d'autres, sur les intervenants (Crothers et Dorrian, 2011; Howard et Holmshaw, 2010; Loos et al., 2018). En effet, bien que divers chercheurs se soient intéressés à cette relation, peu l'ont étudié avec une vision systémique. Devant ces constats, sachant le risque sur la santé des jeunes adultes et la prévalence importante du trouble concomitant, il devient très important de mieux comprendre comment s'exprime la relation entre ces jeunes adultes et les intervenants et plus particulièrement les infirmières en adoptant une perspective systémique.

La méthodologie de la revue intégrative représente une avenue intéressante afin de rassembler les écrits déjà existants sur ce sujet et pour les analyser par le biais d'une perspective systémique. Pour demeurer cohérent avec l'orientation paradigmatique de l'étudiante chercheuse, qui se situe dans un cadre constructiviste et systémique, nous avons adopté un cadre conceptuel

soutenu par l'Approche Systémique Familiale de Calgary (ASFC) (Shajani et Snell, 2019) pour réaliser cette revue intégrative.

La théorie générale des systèmes, telle qu'elle est utilisée dans l'ASFC, fait référence à une vision d'ensemble plutôt que découpée (von Bertalanffy, 1993). En apposant cette vision des systèmes à un groupe formé d'un intervenant et d'un jeune adulte, on peut reconnaître l'importance des interactions entre chaque personne et leur interdépendance au sein du système intervenant-jeune adulte (Shajani et Snell, 2019). Ainsi, on préfère comprendre leur relation comme un tout complexe et systémique plutôt que comme le résultat de la somme des relations entre ses membres (Shajani et Snell, 2019). Cette façon de voir permet de s'attarder aux patterns de communication qui existent dans le système et de reconnaître la circularité caractérisant les processus relationnels. Les causes s'expliquent ainsi de façon réciproque plutôt que linéaire (Shajani et Snell, 2019).

La théorie de la communication proposée par Watzlawick et ses collaborateurs en 1967 et qui soutient également l'ASFC se concentre sur l'étude des interactions entre les membres d'un système. Ces auteurs argumentent l'idée selon laquelle il est impossible de ne pas communiquer (Watzlawick et al., 1967). Centrée sur les interactions au sein d'un système, cette théorie favorise l'identification de patterns contraignants et facilitants associés à la communication entre, par exemple, le jeune adulte et son intervenant au sein de leur relation. Dans cette revue intégrative des écrits, ces deux théories ont constitué un repère conceptuel pour circonscrire la problématique à l'étude et ont servi de lentille pour l'analyse des données et l'interprétation des résultats.

En résumé, l'importance de la relation entre le jeune adulte présentant un trouble concomitant et son intervenant dans le processus de soins est appuyée par de nombreux écrits. Ces derniers le corroborent en s'intéressant, d'une part, à la vision des jeunes adultes au sujet de cette relation et d'autre part, à celle des intervenants. Or, cette vision découpée de la relation ne permet pas d'illustrer le processus complexe et systémique que représente cette relation. Cette revue intégrative est ainsi l'occasion, grâce au cadre conceptuel, de s'intéresser aux patterns de communication circulaires et à l'interdépendance des sous-systèmes pour mieux comprendre le caractère systémique de cette relation. Ainsi, de façon novatrice, cette revue intégrative encadrée par deux théories de l'ASFC, permet de répondre au but et à l'objectif de recherche en établissant des liens entre les perspectives des jeunes adultes à l'égard de cette relation et celles des

intervenants qui, bien qu'elles aient été étudiées séparément, elles s'influencent au sein d'un même ensemble d'interactions.

Il est souhaité que les résultats de cette revue intégrative favorisent la reconnaissance, par les infirmières, de l'importance de la relation qu'elles entretiennent avec ces jeunes adultes en plus de la réciprocité qui lui est associée. En rassemblant ainsi les perspectives individuelles, les résultats peuvent illustrer le rôle conjoint joué par les jeunes adultes et les infirmières dans la relation qu'ils partagent et leur impact respectif sur le processus de soins. Il est envisagé que des interventions infirmières, qui mettent à l'avant plan la relation infirmière-personne comme intégrée dans un système pour optimiser le processus de soins favorisera ainsi la qualité des interactions jusqu'à favoriser l'utilisation des services par ces jeunes qui nécessitent un suivi professionnel personnalisé.

But

À la lumière des écrits et en adoptant une perspective systémique, mieux comprendre le phénomène complexe de la relation entre les jeunes adultes atteints d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et les intervenants.

Objectif de recherche

1. À partir des écrits et selon une perspective systémique, décrire les patterns contraignants et facilitants associés à la qualité de la relation entre les intervenants et les jeunes adultes présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances.

Chapitre 2 - Recension des écrits

Ce chapitre vise à décrire brièvement l'état actuel des connaissances liées aux divers concepts du présent projet pour appuyer la pertinence de circonscrire l'enjeu de la relation entre les jeunes adultes qui présentent un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et leurs intervenants. Le présent projet repose sur une revue intégrative, donc sur la réalisation d'un type de recension des écrits. Il importe ainsi de préciser que ce chapitre présente un résumé des principaux écrits identifiés avant la réalisation du projet qui justifient la pertinence de s'intéresser au sujet par le biais de la revue intégrative. D'abord, une présentation de certains écrits relatifs au trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances seront présentés tout en faisant un parallèle avec la réalité des jeunes adultes sachant que cette tranche d'âge est particulièrement concernée par ce trouble. Par la suite, diverses études s'étant intéressées à la relation entre ces jeunes adultes et leurs intervenants conclue cette section afin de mettre en lumière la justesse de s'y intéresser en adoptant une perspective systémique.

Le trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances chez les jeunes adultes

D'abord, pour bien expliquer ce que représente le trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances, il importe de le déconstruire pour mettre en lumière chacune de ses composantes. L'idée de concomitance fait référence à la comorbidité, soit un terme bien connu du domaine médical qui représente « l'association de deux maladies, psychiques ou physiques, chez une personne » (Comorbidité, s.d.). Dans le cadre de cette revue intégrative, il s'agit de la présence simultanée d'un trouble de santé mentale ainsi qu'un trouble lié aux substances qui attire notre attention. Sachant que dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale en Amérique du Nord, l'ouvrage de référence reconnu pour définir les différents troubles du spectre de la santé mentale est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association* (APA), il sera utilisé pour définir les troubles mentaux abordés. Aussi surnommé DSM découlant du nom anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cet ouvrage définit le trouble mental comme un « syndrome caractérisé par une perturbation clinique 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, 2016, p. 4). Ainsi, tous les troubles mentaux ou de santé mentale recensés dans le DSM de la 5^e édition sont inclus dans le cadre de la problématique. Le second trouble, soit le trouble lié aux substances (TLS) comprend

deux catégories, c'est-à-dire les troubles liés à l'usage de substances ainsi que les troubles induits par les substances (APA, 2016). Ainsi, par ce TLS, on fait référence autant à l'intoxication, au sevrage, aux troubles psychotiques pouvant découler de la consommation d'une substance qu'à la prise de drogue compulsive et aux rechutes chroniques (APA, 2016). Ainsi, par sa simple définition, il est possible de remarquer l'importance des impacts entraînés par le trouble concomitant dans la vie d'une personne alors qu'il représente la somme de deux problèmes de santé.

Ce qui ajoute à l'ampleur de l'enjeu du trouble concomitant est qu'il est préoccupant en particulier chez les jeunes adultes qui présentent une réalité particulière pouvant expliquer, en partie, son étendu au sein de cette tranche d'âge (Erol et Orth, 2011; Fahimi et al., 2015; Jones et al., 2016; Patrick et al., 2019). En effet, l'étude longitudinale de Patrick et al. (2019) menée auprès de plus de 700 jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans à Seattle a justement posé la lumière sur l'ampleur des changements associés aux rôles sociaux en plus de reconnaître leur impact sur la consommation d'alcool et sur la santé mentale. Les auteurs ont reconnu que cette tranche d'âge est caractérisée par une multitude d'évènements simultanés partagés avec l'adolescence et l'âge adulte. Certains jeunes se promènent sur des routes non linéaires allant de rôles sociaux davantage associés à l'âge adulte à des rôles liés à l'adolescence dépendamment des sphères de leur vie (Patrick et al., 2019). Ces jeunes, vivant plusieurs évènements au même moment, présentaient une plus grande consommation à risque d'alcool et/ou de cannabis et un plus grand risque de développer un trouble de santé mentale.

D'autres chercheurs comme Jones et al. (2016) ont également corroboré le contexte particulier du début de l'âge adulte qui favorise l'émergence du trouble concomitant. Ils ont mené une recherche aux États-Unis afin d'étudier les interrelations entre les facteurs individuels et environnementaux pouvant influencer la consommation de substances et la présence de troubles mentaux durant l'adolescence et le début de l'âge adulte. Il s'agit d'une recherche longitudinale ayant suivi un échantillon de 808 personnes entre leurs 10^e et 33^e anniversaire. Il a été possible d'identifier que des antécédents familiaux de dépression ont un effet direct sur la présence de symptômes dépressifs et d'anxiété à l'âge de 21 ans. Il existe aussi une association forte et significative entre la présence d'un environnement familial où il y a consommation de substances à l'âge de 10-12 ans et un environnement de pairs consommateurs à l'âge de 15-18 ans ainsi que des comportements de dépendance et d'abus de substances à l'âge de 21 ans. Quant à l'association

entre le trouble de santé mentale et l'usage de substances, Jones et al. (2016) corroborent qu'un environnement où les amis consomment ainsi que le partenaire amoureux prédit la présence de troubles de santé mentale à l'âge de 21 ans et d'un diagnostic de trouble mental à l'âge de 30-33 ans. Ces résultats permettent de faire un parallèle direct entre la consommation de substances, à la fois individuelle qu'au sein de l'environnement, et la présence d'un trouble de santé mentale.

Par le biais de leur devis longitudinal, ces études permettent de corroborer l'effet des différents facteurs de risque sur la situation de la population à l'étude, et ce, sur le long terme (Hammond et Wellington, 2021). Grâce aux larges échantillons de ces deux études, il est possible d'identifier rigoureusement ce qui module le développement d'un trouble de santé mentale et d'un trouble lié aux substances dans la vie de nombreux jeunes adultes. C'est ainsi que ces articles peuvent corroborer le contexte de vulnérabilité associé à l'entrée vers l'âge adulte face au trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et d'ainsi mettre en lumière que cette problématique de santé occupe une place centrale dans le travail auprès de la clientèle jeune adulte.

Sachant le rôle clé joué par l'entrée vers l'âge adulte sur le développement du trouble concomitant, il serait judicieux de s'attarder plus spécifiquement à la réalité de cette tranche d'âge. L'entrée vers l'âge adulte, la transition vers l'âge adulte, le jeune adulte et le jeune adulte émergent font partie des termes variant d'un auteur à l'autre pour représenter les personnes de cette tranche d'âge, soit âgées entre environ 18 et 25 ans (Erikson, 1963; Levinson, 1978; Arnett, 2000). La variété dans les intervalles d'âge permettant d'identifier ces jeunes adultes témoigne du manque d'attention accordée à cette tranche d'âge qui, bien qu'elle en soit complètement distincte, elle se retrouve entre deux périodes charnières de la vie : l'adolescence et l'âge adulte (Erikson, 1963; Levinson, 1978; Arnett, 2000). En effet, les termes et les intervalles d'âges varient entre les études, mais, par souci de cohérence, cette revue intégrative ciblera l'intervalle de 18 à 25 ans tel que le propose Arnett (2000). Pour Arnett (2000), le jeune adulte se retrouve donc dans une phase transitoire additionnelle caractérisée par la négativité, le sentiment d'être toujours « entre les deux », soit l'incertitude du jeune qui se retrouve entre l'adolescence et l'âge adulte, et l'égoïsme associé au développement de l'autonomie et au sentiment grandissant de liberté, l'exploration de l'identité et l'expérimentation.

Cette période charnière dans la vie d'une personne crée un contexte de vulnérabilité important, et ce, sur les plans de la santé mentale et de la consommation de substances tel que le rapportent de nombreuses données. En effet, bien que certaines statistiques utilisent un intervalle

d'âge plus grand au sein de leur échantillon que celui ciblé dans la présente revue intégrative, elles permettent de présenter la prévalence élevée du trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances chez la jeune population. Khan (2017) a identifié, à partir de données statistiques relevées en 2012, que 1,2% de la population canadienne âgée de 15 à 24 ans présentaient un trouble concomitant. Or, les troubles de santé mentale concernaient uniquement les troubles d'anxiété ou de l'humeur. Lorsqu'on considère un éventail plus grand de troubles mentaux, cette prévalence bondit de façon importante. Au Québec, Huynh et al. (2020) ont justement utilisé les bases de données permettant d'estimer la proportion de troubles mentaux divers en 2016-2017 parmi les personnes qui ont été identifiées dans le passé ou actuellement comme présentant un TLS entre 2001 et 2017. On remarque ainsi que chez ces personnes présentant un TLS, la proportion des troubles mentaux était environ trois fois plus élevée que chez la population qui n'a jamais été diagnostiquée pour un tel trouble.

C'est en s'attardant à la prévalence de la consommation de substances chez les jeunes adultes qu'on peut remarquer le risque de TLS particulièrement élevé au sein de cette tranche d'âge. Le plus récent portrait épidémiologique canadien révélait que la consommation de substances telles que les hallucinogènes, la cocaïne, l'ectasy et les amphétamines sont consommés principalement par les jeunes adultes de 18 et 19 ans, et ce, davantage au Québec que dans le reste du Canada (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2009). D'après un recensement récent de données couvrant les années 2001 à 2016, la prévalence annuelle des troubles psychotiques reliés à une drogue a augmenté chez les jeunes de 18 à 24 ans (INSPQ, 2019). En ce qui concerne le cannabis, d'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS; 2019), il constitue la substance la plus souvent associée aux hospitalisations liées aux substances chez les jeunes canadiens de 10 à 24 ans. Ce rapport de l'ICIS cherchait à donner un aperçu des hospitalisations associées aux méfaits causés par l'utilisation de substances chez cette population en 2017-2018. Parmi ces jeunes, un séjour à l'hôpital sur 20 est tributaire de méfaits causés par l'utilisation de substances (ICIS, 2019). Dans cet échantillon, 17% des jeunes ont séjourné plus d'une fois en un an à l'hôpital pour les mêmes raisons. Dans les milieux psychiatriques ciblant une population âgée de 12 à 24 ans, un des besoins les plus communs présentés par les jeunes est relatif à la consommation problématique de substances (Henderson et al., 2015). La majorité de ces résultats provient d'organisations scientifiques reconnues comme centres d'expertise et de référence en

matière de santé publique (ICIS, 2022; INSPQ, 2022). Des études rigoureuses sur le plan scientifique s'entendent donc sur le portrait alarmant de la situation actuelle des jeunes adultes.

Ainsi, en plus de présenter une vulnérabilité particulière sur les plans de la santé mentale et de la consommation de substances en raison de leur âge, les jeunes adultes se présentent dans les statistiques récentes comme un groupe important d'utilisateurs de services présentant un trouble concomitant. L'ensemble de ces écrits justifie ainsi la pertinence de cibler ces éléments dans le cadre du présent projet.

La relation entre les jeunes adultes présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et leurs intervenants

Au niveau de la relation, certains écrits mettent en lumière la complexité associée au fait de nécessiter un suivi professionnel alors que le contexte de soins peut parfois représenter un milieu hostile pour ces jeunes adultes. En effet, les participants de l'étude de Loos et al. (2018) ont précisé qu'ils ont vécu des expériences teintées d'un manque d'humanité, d'attention et d'empathie en plus d'être confrontés à des intervenants paternalistes et autoritaires durant leurs dernières expériences de soins en santé mentale. Cette étude concernait les perceptions de jeunes adultes vivant avec un trouble de santé mentale à l'égard de leurs soins dans l'optique de mieux comprendre leurs besoins. Les participants regroupaient des jeunes de sexe masculin et féminin d'un âge moyen de 20 ans présentant divers troubles de santé mentale (n=29). Ces perceptions par rapport à la relation intervenant-personne chez le jeune ont développé l'idée selon laquelle le suivi professionnel était impertinent encourageant ainsi l'établissement de soins discontinus jusqu'à une rupture complète avec le système de santé. À la lumière de ces constats sur la discontinuité des soins, d'autres études comme la revue systématique de Brown et al. (2016) se sont intéressées aux barrières et aux facilitateurs à l'accès et à la continuité des soins administrés aux jeunes adultes au sein des milieux de soins en santé mentale. En plus de s'intéresser à divers groupes de population marginalisée, Brown et al. (2016) ont également ciblé des études concernant les jeunes consommateurs de substances. Encore une fois, la relation intervenant-personne occupe une place importante, car une barrière commune nommée était la stigmatisation des intervenants à l'égard de la consommation des jeunes et la honte qui s'installe ainsi chez ceux-ci.

Par le fait même, Crothers et Dorrian (2011) ont justement corroboré la présence de sentiments négatifs chez les intervenants à l'égard des consommateurs de substances. Ces auteurs ont mené un sondage au sein d'un grand hôpital métropolitain en Australie spécifiquement auprès

d'infirmières. L'objectif étant d'évaluer les attitudes des participants à l'égard des personnes alcooliques et de l'alcoolisme au sens large ainsi qu'à l'égard des soins administrés aux usagers présentant des problèmes d'alcool. Un total de 150 questionnaires a été analysé représentant 34% de la population cible du milieu à l'étude. Il demeure que contrairement aux hypothèses, la majorité des infirmières présentait des attitudes neutres voire positives à l'égard des personnes atteintes d'un problème de consommation d'alcool. Or, plus de 20% des participants ne voulaient pas travailler avec cette population et 12% présentaient des sentiments négatifs forts par rapport à l'idée de travailler auprès de cette clientèle. Dans le même ordre d'idées, Howard et Holmshaw (2010) cherchaient à identifier des thèmes clés par rapport aux expériences et aux perspectives d'équipes multidisciplinaires travaillant auprès de personnes utilisant des substances illicites et nécessitant des soins en santé mentale. L'étude utilisait un devis mixte combinant la complétion d'un sondage ainsi que d'entrevues individuelles. 84 questionnaires ont été complétés par, majoritairement des infirmières, du personnel médical et d'autres professionnels de disciplines variées alors que 10 professionnels ont participé aux entrevues. De façon générale, les résultats de cette étude mettent en lumière que les professionnels présentent une attitude particulièrement distante lorsqu'ils travaillent auprès de personnes consommant des drogues. La difficulté à instaurer un climat de sécurité est également nommée alors que ces professionnels supposent un plus grand nombre d'incidents violents lorsque les consommateurs de substances sont présents sur les unités. Les participants ont également souligné la difficulté à engager la personne dans son traitement thérapeutique. Le manque d'humanisme dans les soins, le paternalisme des intervenants et l'expérience de la stigmatisation rapportés par les jeunes adultes d'une part, et les perceptions négatives des intervenants et leur crainte à l'égard du risque d'agressivité, d'autre part, représentent tous des éléments complexifiant particulièrement la relation entre ces jeunes adultes et les intervenants.

Ces écrits offrent un portrait global des perspectives des jeunes adultes et des intervenants en rassemblant des données qualitatives et quantitatives. Il est donc possible de constater que plusieurs auteurs se sont déjà intéressés aux visions de ces acteurs à l'égard de leur relation. Toutefois, à notre connaissance, aucun écrit ne l'a réalisé en adoptant une perspective systémique ainsi qu'aucune recension des écrits. En effet, bien que chaque étude présente la vision des participants à l'égard de la relation, aucun pont n'est construit entre les perspectives, d'une part, des jeunes adultes et de l'autre, des intervenants. Étant donné l'ampleur de la problématique de

santé que représente le trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et de sa prévalence au sein de la population jeune adulte, cette clientèle nécessite d'être ciblée par cette présente revue intégrative. D'autant plus, sachant que diverses études corroborent la complexité de la relation entre les intervenants, dont les infirmières et ces jeunes adultes en particulier. Il est ainsi judicieux de mettre en relation les résultats déjà existants dans la littérature par le biais d'une revue intégrative dont le cadre conceptuel repose sur l'ASFC. Ce dernier permettant ainsi de mieux comprendre la relation entre ces deux sous-systèmes, notamment, en adoptant une vision d'ensemble et en portant attention à la circularité des interactions.

Chapitre 3 – Méthodologie

Dans le cadre du présent projet, la revue intégrative a été réalisée selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005). Malgré que cet article soit demeuré le guide central du processus méthodologique, le récent ouvrage de Toronto et Remington (2020) a également été utilisé, car il présente simplement, mais exhaustivement, chaque étape associée à la revue intégrative à partir des écrits déjà existant sur le sujet. Ce livre, à titre de guide additionnel, nous a orienté davantage au cours de notre travail. Les lignes suivantes présenteront la méthodologie de la revue intégrative ainsi que le fil des étapes qui en ont découlées. La méthodologie est ici présentée afin de compléter de façon plus détaillée la section de la méthode présentée dans l'article du chapitre 4.

La revue intégrative

La méthodologie de la revue intégrative a été rédigée pour la première fois dans les années 80 (Pluye et al., 2009), donc elle représente un type de revue des écrits plutôt récent. C'est ce qui explique, en partie, que peu de lignes directrices existent encadrant son processus de recherche. En effet, l'approche de Whitemore et Knafl (2005) constitue celle qui fait le plus consensus dans le domaine de la recherche et qui est la plus utilisée actuellement (Toronto et Remington, 2020; Whitemore et al., 2014). Ces auteurs ont justement tenté de répondre, par le biais de leur article de 2005, au manque de protocole clair permettant de réaliser une revue intégrative rigoureuse.

Dans le cadre du présent projet, la revue intégrative se présente comme une méthodologie de choix pour répondre au but présenté. D'abord, le projet s'inscrit dans les sciences infirmières qui représentent une discipline s'étant particulièrement illustrée dans l'usage de la revue intégrative (Kirkevold, 1997). Avec la discipline infirmière qui prend de plus en plus de place dans la recherche, les chercheurs qui s'y rattachent doivent porter une attention particulière à se garder à jour de la substance de la discipline. Pour Christmalls et Gross (2017), les revues des écrits, dont la revue intégrative joue un rôle central à cet égard.

Tout comme le savoir infirmier, la revue intégrative cible autant des résultats issus de recherches qualitatives, quantitatives, mixtes ainsi que des écrits théoriques et permet ainsi de rejoindre un vaste éventail de connaissances issues des sciences infirmières. Les types d'écrits qui concernent le phénomène d'intérêt constituent justement un élément devant baser le choix de la revue des écrits à utiliser d'après Whitemore et al. (2014). Dans le cadre du présent projet, le phénomène d'intérêt a fait l'objet de plusieurs études basées sur différentes méthodologies. La revue intégrative permettant de rassembler tous ces écrits, elle se présente ainsi comme la plus

pertinente méthode de synthèse des connaissances permettant de mieux comprendre le phénomène d'intérêt selon différentes perspectives. Pour Whittemore et Knafl (2005), les résultats ainsi obtenus par la revue intégrative jouent un rôle important pour l'orientation de la pratique infirmière. Sachant que les retombées attendues de notre projet concernent le développement d'interventions infirmières situant la relation au centre des soins, il est particulièrement judicieux d'utiliser une telle méthode. De plus, la revue intégrative permet de synthétiser le savoir en fonction d'un cadre théorique (Whittemore et al., 2014) ce qui était particulièrement intéressant étant donné l'importance de la perspective systémique dans l'analyse des données du présent projet. Whittemore et al. (2014) ajoutent que la revue intégrative est à favoriser lorsqu'on cible des phénomènes complexes. En parallèle avec la vision systémique, c'est justement le tout complexe formé des perspectives de tous les acteurs concernés par la relation qui nous intéressaient justifiant ainsi l'intérêt porté à l'égard de la revue intégrative.

Par souci de cohérence, il est important de valider la concordance entre notre posture épistémologique et celle de l'approche (Whittemore et al., 2014). La revue intégrative propose une approche inductive de création du savoir qui s'aligne dans le même ordre d'idées que le constructivisme (Pluye et al., 2009) qui encadre la présente étude. Dans les deux cas, on s'intéresse à la subjectivité et à la construction personnelle du savoir. Toutefois, il importe de préciser qu'étant donné l'importance accordée à l'ASFC dans le cadre de la présente revue intégrative, le processus inductif de l'analyse était orienté par le cadre conceptuel afin d'adopter une perspective systémique permettant de répondre aux objectifs de recherche.

Finalement, afin de répondre au but et à l'objectif de recherche du projet, la revue intégrative permet d'adopter une vision holistique du phénomène pour mieux le comprendre grâce à l'intégration de nombreux écrits (Christmals et Gross, 2017). Elle permet également d'identifier les thèmes centraux et d'établir des connexions entre les résultats pour faciliter l'identification des patterns contraignants et facilitants associés à la relation. Les étapes à suivre d'après Whittemore et Knafl (2005) regroupent 1) l'identification du problème, 2) la recherche documentaire, 3) l'évaluation des données, 4) l'analyse des données et 5) la présentation des résultats.

Étape 1 : L'identification du problème

L'identification du problème a été concrétisée dans l'écriture de la problématique et de la recension des écrits du présent travail.

Étape 2 : La recherche documentaire

Cette étape permet l'identification des écrits à inclure au sein de la revue intégrative (Whittemore et Knafl, 2005). Cette recherche documentaire s'est déployée à différents niveaux afin d'obtenir le plus possible tous les écrits qui concernent la problématique du projet. D'abord, une bibliothécaire qualifiée a collaboré à l'organisation de la recherche documentaire et à l'élaboration d'une stratégie de recherche (voir Annexe A). Les bases de données informatiques utilisées sont CINAHL, *MedLine*, EMBASE, *Cochrane*, *PsycInfo* et *Web of Science*. L'équation des mots clés présentée dans l'annexe a été utilisée dans chaque base de données, mais celle avec les mots descripteurs fait référence uniquement à l'équation utilisée dans CINAHL. Or, un exercice semblable a été complété pour chaque base de données ciblée. Les concepts centraux du plan sont les suivants : 1) la relation intervenant-personne, 2) les jeunes adultes OU les adultes et 3) le trouble concomitant 4) santé mentale ET usage de substances. Étant donné que la recherche risque d'être limitative si elle cible uniquement la relation entre les infirmières et les personnes, nous préférons rechercher des articles qui concernent tous les intervenants travaillant auprès de ces jeunes. De plus, la pratique infirmière s'inscrit dans un cadre interprofessionnel où plusieurs acteurs du réseau de la santé sont amenés à collaborer dans l'accompagnement de ces jeunes adultes. Ainsi, la relation entre les infirmières et les jeunes adultes est teintée par tous les autres intervenants et vice-versa, justifiant la pertinence de ne pas limiter la recherche qu'aux perspectives des infirmières. En collaboration avec la bibliothécaire, les concepts 3 et 4 ont été séparés par l'opérateur AND dans la stratégie de recherche. La recherche initiale où la liaison était complétée par l'opérateur OR entraînait du bruit au sein de la recherche documentaire avec un nombre trop important d'articles non pertinents. Par exemple, des écrits concernant le trouble concomitant, mais sans nécessairement la comorbidité santé mentale et usage de substances occupaient une grande partie des résultats obtenus alors qu'ils ne sont pas pertinents à la présente recherche.

La revue intégrative fait également appel à la recherche de littérature grise dont, notamment, les dissertations académiques, les rapports gouvernementaux, les présentations de conférences, les documents d'organismes et d'associations du domaine de la santé mentale, la documentation en format papier et d'autres recherches qui ne se retrouvent pas dans les livres et les journaux publiés où il existe une évaluation par les pairs. La littérature grise est une source d'informations importante pour identifier des écrits qui concernent des sujets d'actualités en plus d'offrir une vision plus globale à la recension des écrits (Bonato, 2018). Afin d'explorer ce type d'écrits, une

stratégie de recherche distincte a été utilisée étant donné l'usage d'autres bases de données (voir Annexe B). Tel que recommandé par Bonato (2018), la saturation des données pour la recherche de littérature grise a pris fin au moment où la stratégie de recherche ait été complétée et qu'au moins chaque type de documents mentionnés ci-dessus ait été consulté.

Une fois ces recherches réalisées, la liste de références de chaque article inclus a été lue afin d'identifier d'autres écrits possiblement éligibles selon les critères. Finalement, par le biais du réseautage sur les sites Web tels que *ResearchGate*, l'étudiante chercheuse a communiqué avec les professeurs et les chercheurs s'intéressant aux problématiques similaires afin d'optimiser l'obtention d'écrits difficilement identifiables par le biais des méthodes de recherche ci-dessus. La recherche documentaire s'est conclue par l'absence de nouvelles citations sur les profils de chercheurs travaillant dans le domaine de la santé mentale des jeunes adultes tels que Sarah Clement, Joanna L. Henderson, Ottar Ness et Rebecca Appleton, indiquant ainsi l'atteinte de la saturation des données (Toronto et Remington, 2020).

Ces recherches ont été exécutées durant le mois d'août 2021. Elles étaient limitées aux articles publiés en anglais ou en français, mais aucune limite n'a été appliquée en lien avec la date de publication afin d'inclure le maximum d'articles publiés concernant le sujet d'intérêt tel que le suggère Toronto et Remington (2020). En ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion, ils ont permis d'encadrer la sélection des écrits à inclure dans la revue intégrative et s'appliquent autant pour la recherche de littérature grise que celle publiée dans les journaux révisés par les pairs. Les critères d'inclusion regroupaient :

- Articles qui ciblent le phénomène de la relation intervenant-personne incluant les attitudes et les perceptions des jeunes adultes et des intervenants à l'égard de cette relation, la recherche d'aide et l'utilisation des services par les jeunes adultes;
- Études menées dans des milieux de soins psychiatriques hospitaliers et/ou communautaires ou écrits dont le contenu concerne ces milieux de soins;
- Situation de santé étudiée reliée à un trouble concomitant de santé mentale et d'usage de substances.

Les critères d'exclusion regroupaient :

- Études s'intéressant au trouble lié à l'usage du tabac;
- Études dont l'échantillon est composé de vétérans de l'armée ou écrits qui concernent des vétérans de l'armée;

- L'absence de jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans et d'infirmières au sein de l'échantillon.

À partir de ces critères, le processus de sélection des articles a été entamé.

Sélection des articles

Une fois la recherche documentaire complétée, le fichier *EndNote* regroupant tous les articles recensés a été importé sur la plateforme *Covidence*. Cette dernière a permis d'écartier les articles présents en double en plus d'organiser et de compléter la sélection des articles. Cette dernière a été complétée conjointement avec une collègue étudiante à la maîtrise également intéressée par le domaine de la santé mentale. La directrice de recherche a assuré la coordination de ce processus sélectif afin d'optimiser l'exactitude des démarches réalisées. Une validation inter-juge du processus de sélection des articles n'était pas nécessaire d'après les directives de Whitemore et Knafl (2005) et Toronto et Remington (2020). Or, sachant que les étudiantes ont peu d'expérience en recherche, le processus de validation inter-juge prôné par d'autres méthodes comme celle de la revue de la portée (Peters et al., 2020) a donc été suivi dans le cadre de la présente revue intégrative. Ainsi, tel que proposé par Toronto et Remington (2020), la sélection a débuté par l'examen des titres, des auteurs et des résumés. Pour réaliser la validation inter-juge recommandée par Peters et al. (2020), cette première sélection ciblait 10% (n=33) des articles recensés. Les deux étudiantes sont arrivées à obtenir un accord inter-juge de 67%. Étant donné qu'elles visaient 80% d'accord inter-juge, elles ont fait un second essai avec un autre 10% (n=33) de l'échantillon des articles recensés. Cette deuxième tentative a permis d'atteindre une validation inter-juge de 88%. Les étudiantes se sont séparées la suite de la sélection des articles pour finalement obtenir 211 articles non pertinents et 121 articles potentiellement pertinents. Pour résoudre les désaccords, les étudiantes ont passé en revue chaque article associé à une discordance et ont expliqué chacune leurs choix. Les discussions se poursuivaient jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Dans l'éventualité où aucun accord avait lieu, l'étudiante responsable du projet demandait le soutien de sa directrice pour valider la décision. Les désaccords entre les deux étudiantes au cours de cette première sélection concernaient principalement un manque de compréhension des critères d'inclusion qui nécessitaient d'être précisés.

En effet, au cours de la sélection, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été ajustés afin de permettre aux sélectrices de s'adapter aux études recensées. Le critère d'exclusion permettant d'exclure les articles dont l'échantillon ne contient pas de jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans sous-entend qu'il est possible d'inclure des articles dont l'échantillon cible ces jeunes adultes, mais

également des adultes. Toutefois, afin de répondre au but du projet qui concerne spécifiquement les jeunes adultes, il était nécessaire d'identifier ces articles afin d'en tenir compte durant l'analyse. Il a ainsi été décidé, avec l'accord de la directrice de recherche que, tel que prévu, ces articles dont l'échantillon regroupe des personnes de moins de 18 ans et/ou de plus de 25 ans, seraient tout de même inclus afin d'optimiser l'analyse de tous les articles pertinents. Or, cet élément a été considéré dans les limites des articles lors de la complétion de la grille d'extraction et nous avons uniquement considéré les résultats qui concernaient les jeunes adultes de l'échantillon. De plus, nous avons remarqué que nous devons adopter une vision large du phénomène de la relation intervenant-personne afin d'inclure tous les articles pertinents. Ainsi, nous avons considéré tout ce qui concerne les attitudes et les perceptions des intervenants et/ou des utilisateurs de services, la recherche d'aide et l'utilisation des services par les personnes dans le critère du phénomène de la relation. Nous savons cependant que ces spécificités ajoutent de la subjectivité au processus de sélection ce qui nous a demandé de discuter à plusieurs reprises en équipe de recherche afin de s'assurer de l'exactitude et de la rigueur de notre sélection.

Ensuite, une deuxième sélection a été complétée à partir de la lecture des textes complets. Encore une fois, afin d'optimiser la rigueur du processus, tel que le recommande l'approche de Peters et al. (2020), une première validation inter-juge a été réalisée. D'autant plus, sachant que les critères avaient été modifiés. Un accord inter-juge de 92% a été obtenu à partir d'un échantillon représentant 10% (n=12) des articles inclus. En suivant le même processus, les étudiantes ont clarifié leur choix afin d'obtenir un consensus par rapport à l'inclusion de l'article posant un problème lors de cette sélection. Les étudiantes ont poursuivi cette étape de façon indépendante pour obtenir un résultat de 35 articles inclus. Par la suite, la recherche de littérature grise a permis d'inclure 3 écrits pertinents. À la lecture de la liste des références des articles inclus, 1 article pertinent a été ajouté à l'échantillon et 5 articles ont été identifiés à partir du réseautage auprès des chercheurs intéressés par le phénomène ciblé par l'étude.

La sélection a donc permis d'obtenir un échantillon de 44 écrits en vue des prochaines étapes de la revue intégrative. Un diagramme de flux complété selon la méthode PRISMA (Page et al., 2021) a été utilisé pour présenter ce processus de sélection des écrits (voir Annexe C). Une fois les articles pertinents répertoriés, ils ont été évalués.

Étape 3 : Évaluation des données

Comme lors de l'étape précédente, l'évaluation a été complétée par l'étudiante-chercheuse ainsi que sa collègue étudiante et coordonnée par la directrice de recherche. Bien que Whitemore et Knafl (2005) n'exigent pas cette étape dans leur méthode, Toronto et Remington (2020) soulignent plutôt son importance dans le cadre d'une revue intégrative afin d'en assurer sa rigueur. L'évaluation permet, notamment, de savoir si les articles inclus peuvent déformer la qualité de la revue intégrative en raison de leur faible qualité scientifique (Toronto et Remington, 2020). Les résultats de l'évaluation ne faisaient pas l'objet d'un critère d'inclusion ou d'exclusion afin d'éviter l'exclusion d'une étude très pertinente pour répondre au but de la revue intégrative, mais étant ajoutés à la grille d'extraction, ils étaient pris en considération lors de l'analyse des données. Les choix quant aux grilles à utiliser ont été orientés par les lignes directrices de Toronto et Remington (2020). Les articles utilisant un essai clinique à répartition aléatoire, les revues systématiques et les études à devis qualitatif ont été évalués grâce aux grilles d'évaluation du *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP; 2018) qui sont grandement utilisées (Hopia et al., 2016; Toronto et Remington, 2020). Les études à devis mixte ont été évaluées par la grille d'évaluation *Mixed Methods Appraisal Tool* de Hong et al. (2019) et les écrits correspondant à la littérature grise ont été évalués grâce à la grille d'évaluation *Non-Research Evidence Appraisal Tool* du Johns Hopkins Hospital-Johns Hopkins University School of Nursing (2017). Les études faisant appel à une approche transversale ont été évaluées par la grille d'évaluation du Johanna Briggs Institute (JBI; 2020). Étant donné que le JBI et le CASP font particulièrement consensus dans le domaine de la recherche (Toronto et Remington, 2020) et qu'ils ont plusieurs grilles variant selon les devis de recherche, ils ont été ciblés comme source de référence pour identifier les grilles. Or, aucune grille de ces organisations ne permettait d'évaluer les articles avec devis quantitatif descriptif. Ainsi, il a été décidé, avec l'accord de la directrice de recherche, d'évaluer ces études à devis descriptif avec la grille du JBI pour analyse transversale, mais à deux évaluateurs afin d'optimiser la rigueur et l'exactitude de l'évaluation. Une première évaluation de façon double avec cinq articles a permis de valider la compréhension commune des étudiantes à l'égard des grilles d'évaluation. Les deux étudiantes ayant obtenu le même résultat d'évaluation pour les cinq articles, elles ont poursuivi l'évaluation des écrits de façon indépendante en complétant chacune la moitié des écrits inclus.

Afin de statuer sur le niveau de la qualité, les évaluatrices ont calculé la quantité de réponses positives et négatives aux questions des grilles. Lorsque les affirmations positives étaient

majoritaires, l'article était considéré satisfaisant, lorsqu'elles étaient égales avec les affirmations négatives, l'écrit était de niveau peu satisfaisant et lorsque les affirmations négatives étaient majoritaires, l'écrit était considéré insatisfaisant. Les écrits considérés de qualité satisfaisante sont identifiés de couleur vert dans la grille d'extraction, ceux de qualité peu satisfaisante de couleur jaune et ceux de qualité insatisfaisante de couleur rouge.

Étape 4 : Analyse des données

L'analyse des données a débuté par la complétion de la grille d'extraction par l'étudiante chercheuse et sa collègue étudiante. Tel que réalisé lors des deux dernières étapes, une première complétion de la grille d'extraction avec cinq nouveaux articles a été complétée de façon double par l'étudiante chercheuse et sa collègue étudiante afin de s'assurer que la grille permette d'inclure tous les éléments pertinents à l'analyse des données. Cette première complétion a également été supervisée par la directrice de recherche qui s'est également assurée que l'essentiel des articles inclus était extrait. Par la suite, les étudiantes ont poursuivi l'extraction de façon indépendante en complétant chacune la moitié des articles inclus. La grille d'extraction a permis de guider le processus de l'analyse des données en permettant d'identifier les éléments clés suivants : titre, auteurs, année de publication, pays d'origine du 1^{er} auteur, devis, méthode de collecte de données, but, questions et/ou objectifs de recherche, échantillon, résultat à l'évaluation des données, un résumé des résultats présentés dans l'article et les limites de l'article identifiées (voir Annexe D). Cette dernière a représenté un guide pour l'étudiante chercheuse tout au long de la suite du processus de l'étude. L'étape de la complétion de la grille d'extraction a permis à l'étudiante chercheuse de se familiariser avec le contenu de l'échantillon en lisant à plusieurs reprises les écrits en plus de noter tout questionnement et idée dans un journal de bord.

Pour Whittemore et Knafl (2005), les méthodes d'analyses de données utilisées pour les études primaires telles que celles associées à la recherche qualitative s'appliquent bien à la revue intégrative grâce, notamment, à la démarche itérative qu'elles permettent. Ainsi, l'analyse de données a été réalisée selon l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). La grille d'extraction utilisée pour l'analyse présentait un résumé des résultats des écrits recensés. Toutefois, l'analyse thématique permet d'obtenir des résultats riches et détaillés requérant ainsi d'aller plus loin que les résumés des articles pour réaliser la codification. En plus de la grille d'extraction qui permettait d'avoir une vue d'ensemble des articles, l'étudiante chercheuse utilisait le texte des écrits inclus en parallèle afin de réaliser une analyse des données plus en profondeur. De cette façon, l'étudiante

chercheuse demeurait près du vocabulaire et de l'essence des résultats. Cette proximité à l'égard des résultats est essentielle au moment de la codification afin de limiter l'interprétation des données (Braun et Clarke, 2006). L'étudiante chercheuse a débuté la codification de façon manuelle, c'est-à-dire directement sur les documents des articles et en notant les codes via le logiciel *Excel*. Un tableau dans ce logiciel permettait de regrouper les codes ainsi que les extraits de texte associés. La codification a débuté à partir des écrits à devis qualitatif permettant ainsi de noter un grand nombre de codes dès le départ en plus de s'assurer de limiter l'interprétation des résultats contrairement aux articles quantitatifs qui nécessitaient une traduction des résultats en chiffres vers une formulation qualitative. La codification s'est déroulée de façon divisée, c'est-à-dire que des codes ont été créés afin de retenir les perspectives des jeunes adultes atteints d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances alors que de l'autre côté, ce sont les perspectives des intervenants qui ont été retenues. Après l'obtention de plus de 200 codes pour chaque perspective, l'étudiante chercheuse a poursuivi la codification tout en prenant en considération les codes déjà existants. Ainsi, dans l'éventualité où un extrait correspondait à un code déjà existant, ce dernier était utilisé.

Une fois la codification de l'ensemble des articles complétée, l'étudiante chercheuse a transcrit les codes dans le logiciel *C-Map* où une carte thématique regroupant tous les codes a été créée. La prochaine étape étant de poursuivre l'analyse avec une vision plus holistique (Braun et Clarke, 2006), la carte permettait de visualiser plus facilement les liens et les similarités potentiels entre les codes. C'est à cette étape que des liens ont été établis entre les codes associés aux perspectives des jeunes adultes et celles des intervenants. Les codes ainsi regroupés ont permis d'obtenir huit thèmes préliminaires desquels découlaient plusieurs sous-thèmes. Un tableau présentant ces huit thèmes, les sous-thèmes et une partie des codes associés permet de bien visualiser les liens qui ont été établis pour arriver à ces ensembles de résultats (voir Annexe E). Ensuite, le processus de révision des thèmes afin de les nommer a été réalisé en collaboration étroite avec la directrice de recherche. L'ASFC a guidé cette étape pour finalement arriver à l'obtention de deux thèmes desquels découlent des sous-thèmes illustrée dans cette dernière carte thématique (voir Annexe F) et qui permettent de répondre au but et à l'objectif de cette étude.

Étape 5 : La présentation des résultats

D'après Whitemore et Knafl (2005), les résultats doivent être présentés dans un schéma afin de les illustrer de façon claire et simple. Ainsi, les résultats présentés dans le prochain chapitre sont illustrés par un schéma conceptuel (voir Annexe G).

Considérations éthiques

La revue intégrative étant basée sur des articles déjà publiés, les personnes concernées par les résultats abordés n'ont pas été directement impliquées dans le processus de recherche. Ainsi, aucune approbation éthique ni consentement ont été nécessaires pour conduire cette revue.

Chapitre 4 – Article : Résultats de recherche et discussion

Ce mémoire est rédigé selon le mode de présentation par article, donc le présent chapitre a pour objet l'article qui rapporte les résultats de la revue intégrative.

Présentation de l'article

Afin de contribuer au développement de connaissances et plus particulièrement au sein de la discipline infirmière, la revue scientifique sélectionnée est Recherche en soins infirmiers. Les instructions à l'intention des auteurs ont été ajoutées aux annexes du présent travail (voir l'Annexe H). L'ASFC étant bien ancrée dans les sciences infirmières, il semble judicieux de soumettre les résultats de cette revue intégrative à cette revue scientifique. L'article est présentement prêt à être soumis et les auteures attendent le dépôt du mémoire et les commentaires du jury pour bonifier l'article avant de le soumettre.

L'étudiante chercheuse est la première auteure, car elle a rédigé l'article et a joué le rôle principal dans la réalisation de la revue intégrative qui y est présentée. Sa directrice de recherche est la deuxième auteure et a contribué à la révision et à la bonification de l'article en plus d'accompagner tout le processus de recherche. La troisième auteure représente la collègue étudiante ayant contribué aux premières étapes de la revue intégrative, c'est-à-dire la sélection des écrits, l'évaluation et l'extraction des données.

Cet article représente le canal sélectionné pour présenter les résultats de la présente revue intégrative et rapporte également la problématique ciblée, la méthode de recherche et la discussion à l'égard de ces résultats.

1 Titre

2 Mieux comprendre la relation entre de jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant et leurs
3 intervenants : une revue intégrative des écrits

4 Title

5 A systemic perspective of the relationship between young adults with dual diagnosis and their
6 health care providers: an integrative review

7 Auteurs

8 Sophie SERGERIE-RICHARD

9 Infirmière, M.Sc (c), Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Montréal,
10 Québec, Canada, [REDACTED]

11 France DUPUIS

12 Infirmière, Ph. D, Professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal,
13 Montréal, Québec, Canada, [REDACTED]

14 Christine CASSIVI

15 Infirmière, M.Sc (c), Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Montréal,
16 Québec, Canada, [REDACTED]

17

18 Résumé

19 Introduction : L'importance de la qualité de la relation entre de jeunes adultes présentant un trouble
20 concomitant de santé mentale et lié aux substances et leurs intervenants est bien documentée.

21 Contexte : Ce phénomène complexe a toutefois été étudié surtout dans une perspective individuelle
22 alors que plusieurs résultats soutiennent le caractère systémique de cette relation.

23 Objectif : Mieux comprendre, selon une perspective systémique, le phénomène de la relation entre
24 ces jeunes adultes et leurs intervenants.

25 Méthode : Une revue intégrative, encadrée par une approche systémique, a été effectuée à partir de
26 six bases de données, d'une recherche manuelle de la littérature grise et d'une vérification des
27 références.

28 Résultats : 532 écrits ont été recensés et 44 d'entre eux ont servi pour l'analyse thématique qui a
29 fait ressortir deux thèmes : l'environnement contraignant du système de santé et la relation au cœur
30 des soins.

31 Discussion : Cette étude corrobore le rôle conjoint joué par le jeune et l'intervenant dans le
32 développement et le maintien de leur relation en reconnaissant l'importance des soins, de la
33 confiance réciproque et de la relation hiérarchique.

34 Conclusion : Les résultats peuvent constituer d'assise pour le développement d'interventions
35 infirmières mettant à l'avant plan la relation selon une perspective systémique.

36 Mots clés : Troubles liés à une substance, Troubles mentaux, Relations entre professionnels de
37 santé et patients, Revue de la littérature, Soins infirmiers en psychiatrie

38

39 Abstract

40 Introduction: Importance of a quality relationship between young adults living with dual diagnosis
41 and their health care providers is well documented.

42 Context: This complex phenomenon was mostly studied with an individual perspective instead of
43 systemic perspective even if the results addressed the systemic nature of this relationship.

44 Objective: This study aims to better understand the relationship between young adults living with
45 dual diagnosis and their health care providers, with a systemic perspective.

46 Method: An integrative review framed by a systemic approach was completed. Six data bases were
47 consulted, manual research in grey literature and references screening enhanced the process.
48 Results: On a total of 532 studies and reports identified, 44 were included in the review. Thematic
49 data analysis was realized, and two themes were identified: the health care system: a constraining
50 environment and the relationship: at the heart of care.
51 Discussion: This study supports the joint role played by both young adult and health care provider
52 on the development and the maintenance of their relationship with the acknowledgement of the
53 importance of cares, mutual confidence, and hierarchic relationship.
54 Conclusion: This integrative review can represent the foundation of future nursing interventions
55 that brought the relationship to the forefront of nursing cares with a systemic approach.
56 Keywords: Diagnosis, Dual (Psychiatry), Professional-Patient Relations, Psychiatric Nursing,
57 Nursing Research, Review [Publication Type]

58 Introduction

59 Dans le domaine de la santé, l'influence de la qualité de la relation entre l'intervenant et la personne
60 soignée sur l'ensemble du processus de soins n'est plus à démontrer (1-6). En sciences infirmières,
61 Wright et Bell (7) amènent encore plus loin l'idée de l'importance de la relation en spécifiant que
62 l'intervention infirmière, peu importe en quoi elle consiste, peut se concrétiser uniquement au sein
63 d'une relation entre les sous-systèmes infirmière-personne. Au cours des dernières années, la
64 relation entre l'intervenant et la personne a fait l'objet de diverses études où elle est représentée
65 comme un phénomène complexe (8-9). Cependant, les résultats obtenus demeurent peu adaptés à
66 cette vision du soin où la perspective systémique situe la relation au cœur de l'intervention.

67 Ce constat s'illustre particulièrement dans les écrits concernant la relation entre un jeune adulte
68 présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et leurs intervenants. En
69 effet, plusieurs experts de ce domaine soulignent la complexité associée au développement et au
70 maintien de cette relation dans le domaine psychiatrique (9), mais aussi son influence positive sur
71 le rétablissement des personnes lorsque la relation est considérée de qualité (10).

72 La prévalence des troubles concomitants est particulièrement préoccupante. En effet, en Europe,
73 un tiers voire la moitié de la population présentant un trouble de santé mentale présente également
74 un trouble lié aux substances (11). Au Québec (Canada), la proportion des troubles mentaux en
75 2016-2017 était environ trois fois plus élevée chez la population consommatrice de substances que
76 dans la population qui n'a jamais été diagnostiquée pour un tel trouble (12). Plus particulièrement,
77 la clientèle jeune adulte âgée entre 18 et 25 ans représente un groupe dont la consommation de
78 substances psychoactives est particulièrement préoccupante. En effet, ces jeunes adultes vivent
79 plusieurs événements au même moment, notamment, au niveau de l'adoption de nouveaux rôles
80 sociaux associés à l'entrée vers l'âge adulte, augmentant ainsi le risque d'adopter une
81 consommation à risque d'alcool et/ou de cannabis et de développer parallèlement un trouble de
82 santé mentale (13). L'entrée vers l'âge adulte se présente donc comme une période particulièrement
83 charnière en matière de développement d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux
84 substances.

85 Dans ce contexte, la trajectoire de soins de ces jeunes adultes est très complexe (14) et la gravité
86 de leur situation de santé risque d'augmenter en raison de la concomitance des deux troubles (15).
87 Ainsi, il est envisageable que ces jeunes doivent rencontrer une multitude de professionnels issus
88 de services différents (14). Or, il peut être difficile pour un jeune atteint d'un trouble de santé
89 mentale de communiquer son histoire, souvent dure, auprès d'intervenants avec qui il n'a pas

90 encore établi une relation de confiance (16-19). Sans oublier la stigmatisation sociétale à l'égard
91 du trouble de santé mentale et de la consommation qui peut teinter la relation intervenant-personne
92 jusqu'à représenter une barrière à l'utilisation des services par les jeunes qui préfèrent ne pas
93 obtenir de suivi professionnel (8-20). En effet, certains écrits ont rapporté que les professionnels
94 de la santé, dont les infirmières, peuvent présenter des attitudes négatives à l'égard de la clientèle
95 consommatrice de psychotropes (21-22). En réponse à ces expériences relationnelles, le jeune
96 adulte risque d'avoir de la difficulté à adopter les stratégies de coping qui lui sont enseignées et
97 ainsi compliquer sa situation de santé (20).

98 Devant ces constats, sachant le risque sur la santé des jeunes adultes et la prévalence importante
99 du trouble chez cette population, il devient donc très important de mieux comprendre comment
100 s'exprime la relation entre ces jeunes adultes et les intervenants et plus particulièrement les
101 infirmières selon une perspective systémique.

102 Actuellement, ce phénomène n'est pas abordé ainsi dans les écrits où la responsabilité du
103 développement et du maintien de la relation repose, dans certains cas, sur la personne soignée et
104 dans d'autres, sur les intervenants. En effet, bien que divers chercheurs se soient intéressés à cette
105 relation, peu l'ont étudié avec une vision systémique. La méthodologie de la revue intégrative
106 représente une avenue intéressante pour dresser l'état des lieux de la littérature scientifique actuelle
107 en fonction d'un cadre théorique (23), soit avec une perspective systémique. C'est pourquoi nous
108 avons adopté un cadre conceptuel soutenu par l'Approche systémique familiale de Calgary (ASFC)
109 (6) pour réaliser cette revue intégrative.

110 L'ASFC prend ancrage dans une perspective postmoderniste où la subjectivité est mise à l'avant
111 plan pour expliquer la multitude des réalités (24). En reconnaissant cette diversité, et en rejetant
112 l'objectivité de la réalité, on légitime que les perspectives, par exemple, des personnes soignées et
113 des intervenants sont toutes deux importantes et véritables. Par ailleurs, le constructivisme permet
114 de préciser, qu'à partir de ses perceptions, la personne construit elle-même sa réalité et ses
115 connaissances ajoutant ainsi à la singularité des perspectives (24-25). À cette position
116 paradigmatique s'ajoute la vision systémique qui permet d'observer de façon holistique un
117 phénomène en positionnant à l'avant plan le tout que forment les personnes concernées et les
118 patterns entre elles plutôt que de les diviser en entités distinctes (6).

119 Cette revue intégrative est ainsi l'occasion d'établir des liens entre les perspectives des jeunes
120 adultes à l'égard de cette relation et celles des intervenants, qui bien qu'elles aient été étudiées
121 séparément, elles s'influencent au sein d'un même ensemble d'interactions.

122 Cette revue intégrative, faisant l'objet d'un projet de maîtrise pour la première auteure, a ainsi pour
123 but, à la lumière des écrits et en adoptant une perspective systémique, mieux comprendre le
124 phénomène complexe de la relation entre les jeunes adultes atteints d'un trouble concomitant de
125 santé mentale et lié aux substances et les intervenants. Pour y répondre, l'objectif de recherche
126 identifié est :

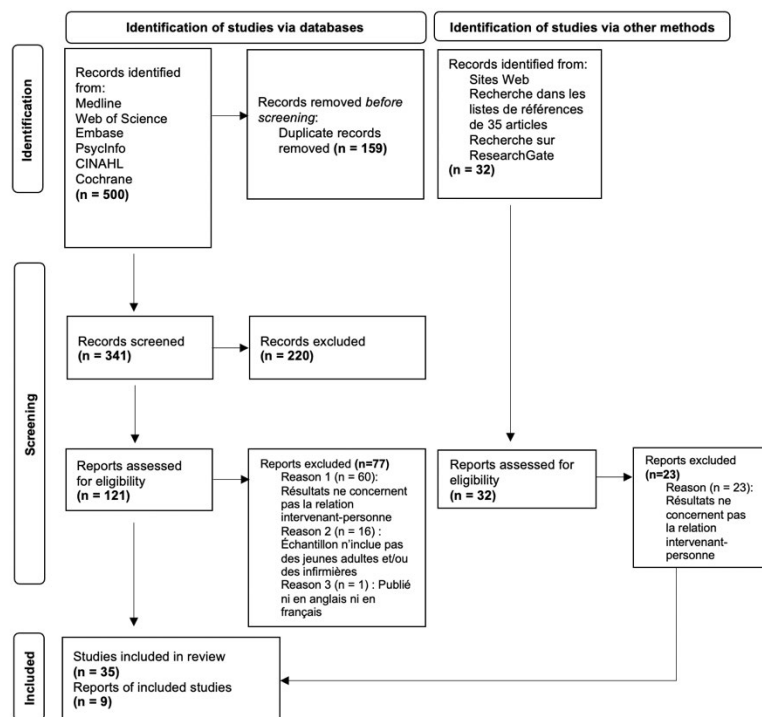
- 127 1. À partir des écrits et selon une perspective systémique, décrire les patterns contraignants et
128 facilitants associés à la qualité de la relation entre les intervenants et les jeunes adultes
129 présentant un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances.

130 Méthode

131 Cette revue intégrative est basée sur la méthode de Whittemore et Knafl (26) ainsi que sur le récent
132 guide de Toronto et Remington (27) et regroupe cinq étapes : a) l'identification du problème, b) la
133 recherche documentaire, c) l'évaluation des données, d) l'analyse des données et e) la présentation
134 des résultats. L'approche de Whittemore et Knafl (26) constitue celle qui fait le plus consensus
135 dans le domaine de la recherche et qui est la plus utilisée actuellement (26-27). Alors que Toronto
136 et Remington (27) présentent chaque étape associée à la revue intégrative à partir des écrits déjà
137 existant sur le sujet permettant ainsi de compléter les directives de Whittemore et Knafl (26). Dans
138 le cadre du présent projet, le phénomène d'intérêt a fait l'objet de plusieurs études basées sur
139 différents types de devis. La méthodologie de la revue intégrative permettant de rassembler tous
140 ces écrits (26), elle se présente ainsi comme la plus pertinente recension permettant de mieux
141 comprendre le phénomène d'intérêt. En réunissant des résultats issus de méthodologies variées, la
142 revue intégrative permet de réaliser un portrait rigoureux de l'ensemble des perspectives relatives
143 au phénomène corroborées dans les écrits.

144 La recherche documentaire exécutée au mois d'août 2021 et basée sur une stratégie de recherche
145 préparée avec le soutien d'une bibliothécaire experte en sciences infirmières a permis d'identifier
146 des articles dans les bases de données suivantes : CINAHL, MedLine, EMBASE, Cochrane,
147 PsycInfo et Web of Science ainsi que sur les sites gouvernementaux et institutionnels. Les
148 principaux mots clés regroupaient : la relation intervenant-personne, les jeunes adultes, le trouble
149 concomitant, la santé mentale et l'utilisation de substances. Une fois la recherche documentaire
150 complétée, le fichier EndNote regroupant tous les articles recensés a été importé sur la plateforme
151 Covidence qui a été utilisée pour guider la sélection, l'évaluation des articles et l'extraction des
152 données. La sélection a débuté par une validation inter-juge à partir d'un échantillon de 10% (n=33)
153 des articles inclus par l'étudiante chercheuse (SSR) ainsi qu'une collègue étudiante du programme
154 de maîtrise (CC) qui s'intéresse également au domaine de la santé mentale. Cette étape et les
155 suivantes ont été coordonnées par la directrice de recherche (FD). Une fois un accord inter-juge de
156 80%, SSR et CC ont complété chacune la moitié de la sélection des écrits restante. Les désaccords
157 étaient résolus par des discussions entre les deux sélectrices jusqu'à l'atteinte d'un consensus et au
158 besoin FD était contactée afin d'orienter la décision. La recherche était limitée aux articles publiés
159 en anglais ou en français, mais aucune limite n'a été appliquée en lien avec la date de publication
160 afin d'inclure le maximum d'articles publiés concernant le sujet d'intérêt tel que le suggère Toronto
161 et Remington (27). Pour être inclus, les écrits devaient aborder le phénomène de la relation entre
162 les intervenants et les personnes incluant les attitudes et les perceptions des jeunes adultes et des
163 intervenants à l'égard de cette relation, la recherche d'aide et l'utilisation des services par les jeunes
164 adultes, le milieu psychiatrique et/ou communautaire et le trouble concomitant de santé mentale et
165 lié aux substances excluant le tabac. Les écrits concernant les vétérans de l'armée et ceux dont les
166 jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans et/ou les infirmières étaient absents de l'échantillon étaient
167 exclus. Le processus de sélection des écrits est présenté à la figure 1 selon le diagramme PRISMA.

168 Figure 1 : Processus de sélection des écrits



169

170 L'évaluation des articles a par la suite été débutée de façon double pour valider la compréhension
 171 des grilles par SSR et CC à partir de cinq écrits avant de compléter la suite de façon indépendante.
 172 Les grilles d'évaluation du *Critical Appraisal Skills Programme* (28), du *Johanna Briggs Institute*
 173 (29), de la grille *Mixed Methods Appraisal Tool* de Hong et al. (30) et la grille d'évaluation *Non-*
 174 *Research Evidence Appraisal Tool* du *Johns Hopkins Hospital-Johns Hopkins University School*
 175 *of Nursing* (31) ont été utilisées. Les résultats d'évaluation ont été ajoutés à la grille d'extraction
 176 des données afin qu'ils soient pris en considération lors de l'analyse des données.

177 Une analyse thématique des données a par la suite été complétée par le biais de l'approche de Braun
 178 et Clarke (32). Avant l'étape de la codification, les auteures se sont familiarisées avec le contenu
 179 de l'échantillon en lisant à plusieurs reprises les écrits grâce à la complétion de l'extraction des
 180 données tout en notant tout questionnement ou idée dans le journal de bord. La grille d'extraction
 181 permettait d'identifier les éléments clés suivants : titre, auteurs, année de publication, pays
 182 d'origine du 1^{er} auteur, devis, méthode de collecte de données, but, questions et/ou objectifs de
 183 recherche, échantillon, résultat à l'évaluation des données, résumé des résultats des écrits et les
 184 limites des écrits identifiées. Pour obtenir des résultats riches et détaillés tel que le permet une
 185 analyse thématique, il était nécessaire d'aller plus loin que les résumés des articles pour réaliser la
 186 codification. Ainsi, en plus de la grille d'extraction qui permettait d'avoir une vue d'ensemble des
 187 articles, SSR utilisait le texte des écrits inclus en parallèle afin de réaliser une analyse des données
 188 plus en profondeur. De cette façon, SSR demeurait près du vocabulaire et de l'essence des résultats.
 189 Cette proximité à l'égard des résultats est essentielle au moment de la codification afin de limiter
 190 l'interprétation des données (32). SSR a débuté la codification de façon manuelle, c'est-à-dire
 191 directement sur les documents des articles et en notant les codes via le logiciel *Excel*. Une fois la
 192 codification de l'ensemble des articles complétée, SSR a transcrit les codes dans le logiciel *C-Map*
 193 où une carte thématique regroupant tous les codes a été créée. La prochaine étape étant de
 194 poursuivre l'analyse avec une vision plus holistique (32), la carte permettait de visualiser plus
 195 facilement les liens et les similarités potentiels entre les codes. Les codes ainsi regroupés ont permis

196 d'identifier huit thèmes préliminaires desquels découlaient plusieurs sous-thèmes. Le tableau 1
 197 présente ces thèmes préliminaires, une partie des sous-thèmes et des codes associés. Ensuite, le
 198 processus de révision des thèmes afin de les nommer a été réalisé par une collaboration entre FD
 199 et SSR. L'ASFC a guidé cette dernière étape pour finalement arriver à l'obtention de deux thèmes
 200 supportés par des sous-thèmes.

201 Tableau 1 : Analyse des données : thèmes, sous-thèmes préliminaires et codes associés

Thèmes préliminaires	Sous-thèmes préliminaires	Codes associés
	Rose : perspectives des jeunes adultes Jaune : perspectives des intervenants	
Un système de santé rigide	Conditions de travail difficiles pour les intervenants	Conditions de travail inflexibles et surcharge = difficile collaboration
		Passer autant de temps à gérer bureaucraties que d'aider la personne
		Plus d'administration = moins de temps collaboration avec les personnes
	Devoir se battre contre le système	Impression de devoir négocier ses services d'aide
		Se battre contre le système de santé
		Pour avoir aide des services : nécessaire mobiliser beaucoup d'énergie
Soins en contexte de trouble concomitant	Soins personnalisés et centrés sur la personne	Soins infirmiers personnalisés et humains = augmentation estime de la personne
		Soins infirmiers individualisés = important
		Chaque personne est différente DONC soins infirmiers doivent être différents aussi
	Soins sensibles et compréhensifs	Intervenants ressentent sympathie pour personnes avec trouble concomitant
		Empathie par rapport à fonction de la consommation chez la personne
		Infirmière tente d'être sensible à la signification du discours de la personne
Relation inégale	Contrôle et supériorité	Contrôle = résistance de la personne
		Non ouverture des personnes : influencée par expérience de soins passées pro-abstinence
		Attitude négative de l'intervenant = augmentation résistance de la personne
	Communication dictatoriale	Style de communication dictatoriale = avoir des exigences envers l'autre
		Communication dictatoriale = relation de compétition plutôt que coopération
		Intervenants supérieurs aux patients
Relation difficile à construire	Isolement et difficulté à faire confiance	Sentiment d'être étranger à la société si important que retrait + isolement
		Les jeunes se sentent bizarres et n'ont nulle part pour se sentir normaux
		Difficile de faire confiance et de s'ouvrir aux intervenants
	Travail amer	Prendre soin des personnes avec trouble concomitant = amertume des intervenants
		Travailler avec personnes qui ont trouble concomitant = sentiment de frustration
		Frustration parce que personnes avec trouble concomitant répondent lentement au traitement

Manque de connaissance des intervenants	Intervenant se sent dépassé par l'intervention auprès de la personne	Compréhension limitée du trouble concomitant = manque de connaissances + compréhension des stratégies d'intervention
		Intervenants ne savent pas comment intervenir adéquatement
		Formation initiale des intervenants limitée au niveau du trouble concomitant
	Connaissances sur le trouble concomitant favorisent l'accompagnement	Intervenant bien informé = caractéristiques désirées par la personne
		Impression qu'intervenant peut aider en situation de crise = crucial à l'adhérence au traitement
		Parler avec un intervenant formé pour le faire
Les influences de l'utilisation des services	Importance de la relation pour l'utilisation des services	Relation jeunes-intervenants = influence clé sur l'engagement dans les services
		Importance de connecter et de construire relation intervenant-personne
		Expérience de soins améliorée par qualité de la relation intervenant-personne
	La motivation	Personnes avec trouble concomitant : ont un manque général de motivation dans leur traitement
		Très difficile de motiver personne à accepter leur problème
		Manque de motivation des personnes = impuissance + vulnérabilité des intervenants
Importance de la relation	Outil thérapeutique que représente la relation	Relation avec 1 intervenant = outil thérapeutique important
		Bonne relation permet que personne aborde sujets émotionnellement difficiles
		Bonne relation permet que personne vit nouvelles expériences relationnelles plus positives
	Relation reposant sur l'écoute	Écoute de l'intervenant = démonstration que relation importante pour l'intervenant
		Écoute active de l'infirmière = approfondissement des connaissances + compréhension sur la personne
		Plus important = écoute de l'infirmière
Diversité d'approches de soins	Approche motivationnelle	Utiliser approche motivationnelle
	Approche de confrontation	Certaines infirmières utilisent approche de confrontation = personne doit prendre + de responsabilités
		Miser sur autonomie + responsabilité = moyen de promouvoir changement de consommation

202 Résultats

203 Un total de 44 écrits a été inclus dans la revue et regroupait des écrits avec devis qualitatif (n=21),
 204 devis quantitatif (n=13), devis mixte (n=2), un article présentait une revue systématique des écrits
 205 et 7 écrits étaient issus de la littérature grise. La majorité des articles provenaient des États-Unis
 206 (n=16), de l'Australie (n=7), de l'Angleterre (n=6), de la Norvège (n=6), du Canada (n=5) et
 207 d'autres pays (n=4). La majorité des articles ont été publiés avant 2009 (n=17) et entre 2018 et
 208 2021 (n=8). Les autres ont été publiés entre 2010 et 2017 (n=19). En ce qui concerne les résultats
 209 à l'évaluation des données, la majorité des écrits, soit 23, présentait une qualité satisfaisante, 14
 210 une qualité peu satisfaisante et 7 une qualité insatisfaisante.

211 Le premier thème présenté permet de mieux comprendre le contexte, dont les patterns contraignants
 212 et facilitants, dans lequel s'exprime la relation entre un jeune adulte vivant avec un trouble
 213 concomitant de santé mentale et lié aux substances et un intervenant.

- 214 Le système de santé : un environnement contraignant
- 215 L'environnement de soins se caractérise par une bureaucratie contraignante où le système de santé
216 mise sur l'économie plutôt que sur la qualité des soins (33). Deux sous-thèmes caractérisent cet
217 environnement soit : (a) la complexité de l'organisation des soins et des services et (b) la diversité
218 d'interventions et d'approches.
- 219 La complexité de l'organisation des soins et des services
- 220 Certains patterns contraignants viennent teinter l'expérience des jeunes adultes et des intervenants
221 à travers le système de santé particulièrement sur le plan de l'organisation des soins et des services
222 et de la continuité des soins. Ce qui semble contribuer à accentuer la perception, d'une part, des
223 jeunes adultes et, d'autre part, des intervenants à l'égard de la complexité du système.
- 224 Par exemple, l'organisation des soins et des services est si complexe, notamment pour accéder aux
225 soins, que les jeunes adultes croient que les intervenants pensent à la rémunération financière avant
226 l'offre de services de qualité (33-34). De plus, ils croient que le système est interchangeable sachant
227 que les normes et les attitudes se transmettent d'une génération d'intervenants à l'autre (33). Ces
228 croyances contribuent à leur faible satisfaction des soins (35). Les jeunes adultes partagent aussi la
229 croyance que leurs besoins ne sont pas répondus, notamment, en raison d'une priorisation du travail
230 administratif par les intervenants (36).
- 231 Les jeunes adultes partagent ainsi devoir se battre pour obtenir des services ce qui mobilise
232 beaucoup de leur énergie (33-34, 37). L'idée de bataille contre le système de santé s'illustre
233 également dans la façon dont ils dépeignent l'environnement du système psychiatrique qui est
234 perçu comme punitif, dur et rabaissant (34): « C'est comme être en prison » [traduction libre]
235 (36,p.54). Selon les jeunes adultes, le pouvoir des intervenants et de l'institution est inhérent au
236 système psychiatrique et ils se sentent impuissants croyant qu'ils sont surtout à la merci des autres
237 (33,36,38).
- 238 Un autre pattern contraignant ajoutant à la complexité de l'organisation des services est mise en
239 lumière dans le contexte du trouble concomitant et il s'agit de la multiplicité des services et le peu
240 de services intégrés (39-40). À cet égard, les jeunes ayant de la difficulté à accéder aux services
241 dont ils ont besoin, affirment que « le système de santé est simplement mal organisé » [traduction
242 libre] (41,p.50). Ils sont plutôt intéressés par des organisations à guichet unique où tous leurs
243 services s'y retrouvent (42-43). Les jeunes adultes caractérisent le système de santé par un manque
244 de suivi important entre les services et entre les intervenants représentant une entrave directe à leur
245 traitement (16,19,35,37,41,43-44). En effet, ce sont plutôt les soins administrés sur une longue
246 période qui sont privilégiés par les jeunes adultes qui croient que la présence stable de l'intervenant
247 démontre sa tolérance malgré les hauts et les bas (40,45-46).
- 248 Dans le même ordre d'idées, les jeunes adultes doivent attendre de façon déraisonnable avant de
249 recevoir des services entraînant ainsi des déceptions répétées (43) influençant leur utilisation des
250 dits services (33). Les jeunes développent même la croyance d'un système dans lequel existe une
251 distribution injuste des services (33-43). Ils ont l'impression d'être accompagné d'intervenants qui
252 ne répondent pas à leurs besoins et qui promettent du soutien qui n'arrive jamais (36-37). Cette
253 impression entraîne un sentiment de découragement, de fragilité et l'impression d'être méprisé par
254 les intervenants (36).

255 Quant aux écrits s'intéressant aux perspectives des intervenants, ces derniers décrivent justement
 256 le système de santé comme trop fragmenté et difficile à comprendre (40) alors qu'ils aimeraient
 257 privilégier la stabilité dans la prestation des soins (45). Les écrits continuent de rapporter la
 258 multiplicité des services et le manque de services intégrés (39,40). Les intervenants se lancent donc
 259 la balle alors que les jeunes adultes glissent entre les mailles du système (47). À cela s'ajoute des
 260 conditions de travail contraignantes et une importante charge de travail au sein du système de santé
 261 (40).

262 La diversité d'interventions et d'approches

263 Un autre pattern qui teinte le contexte et qui ajoute à sa complexité correspond à la diversité des
 264 interventions et des approches proposées aux jeunes adultes. En effet, les résultats des écrits
 265 rapportant les perspectives des intervenants indiquent que les interventions privilégiées auprès des
 266 jeunes vivant avec un trouble concomitant peuvent faire appel à l'approche motivationnelle, à
 267 l'approche des 12 étapes, à la réduction des méfaits, à l'approche psychoéducative et/ou à
 268 l'approche cognitive (39,48-51).

269 Bien que les écrits s'intéressant aux perspectives des jeunes adultes rapportent que certains
 270 intervenants ont une perception plus paternaliste des soins et qu'ils utilisent une approche de
 271 confrontation (22,48-49,51), les jeunes apprécient cet éventail de possibilités qui permet de
 272 répondre aux besoins de la majorité des jeunes adultes (37,43). Ils apprécient d'autant plus lorsqu'à
 273 cet éventail, s'ajoute des activités récréatives et de promotion de la santé psychosociale. Ces
 274 dernières étant l'occasion de se divertir voire de se garder occupé et d'éviter de penser à la
 275 consommation (43,52). Les jeunes adultes recherchent justement des intervenants créatifs et non-
 276 conventionnels permettant d'orchestrer de telles activités. Or, les jeunes croient que ces
 277 intervenants, travaillant dans un système de santé complexe et contraignant, reçoivent le désaccord
 278 de leur collègue les encourageant à plutôt demeurer dans leur routine (33,44).

279 Du côté des intervenants, étonnamment, ce sont leurs croyances qui dictent leur choix
 280 d'intervention (51). L'intervenant base ainsi son intervention sur ce qu'il pense le plus judicieux
 281 pour la personne (51). Plus précisément, les intervenants disent apprendre par essais et erreurs et
 282 se demander souvent : « Comment dois-je m'y prendre? » [traduction libre] (47,p.272). En effet,
 283 les écrits corroborent un manque de connaissances et de compréhension des stratégies
 284 d'intervention découlant d'une formation initiale défailante au niveau du trouble concomitant (39,
 285 47-48,53-54). Le pattern contraignant que représente le manque de connaissance se traduit par des
 286 compréhensions divergentes du trouble concomitant et de la médication qui lui est associée. Par
 287 exemple, certains intervenants considèrent rarement le trouble concomitant comme suffisamment
 288 sévère pour intervenir alors que d'autres pensent qu'il est plutôt nécessaire de traiter les jeunes
 289 avec un trouble concomitant rapidement pour prévenir l'escalade vers un trouble plus sévère (51).
 290 Les intervenants rapportent eux-mêmes un sentiment d'être dépassé, intimidé voire inadéquat
 291 lorsqu'ils sont confrontés aux jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant (47).

292 Face à ce manque de connaissances, les jeunes adultes croient qu'un intervenant mal informé
 293 présente un manque d'écoute et de compréhension du trouble concomitant (33-34,41). À l'inverse,
 294 en réponse à un intervenant bien informé, le jeune adulte peut gagner une compréhension de sa
 295 consommation et croire que l'intervenant sera en mesure de l'aider efficacement et cela améliore
 296 l'efficacité du traitement et son adhérence (37-38,55-56).

297 En résumé, le contexte du système de santé est teinté par un environnement contraignant où la
298 bureaucratie représente un obstacle à l'utilisation des services en plus de nuire à l'organisation et
299 à la continuité des soins. Celles-ci sont complexifiées par des services multiples et par un manque
300 de soins intégrés alors qu'ils sont désirés par les jeunes adultes. À cet environnement s'ajoute le
301 manque de connaissances des intervenants ayant un impact sur la relation qu'ils développent avec
302 ces jeunes adultes. Ces derniers apprécient toutefois l'éventail d'approches mobilisées dans un
303 contexte de trouble concomitant. C'est donc dans cet environnement complexe que se développe
304 et se maintient la relation entre l'intervenant et le jeune adulte.

305 La relation : au cœur du processus de soins des jeunes adultes

306 À la lumière des perspectives, d'une part, des jeunes adultes et d'autre part, des intervenants, leur
307 relation s'inscrit au cœur du processus de soins et est caractérisée par les trois éléments suivants :
308 (a) les caractéristiques des soins bénéfiques à la qualité de la relation (b) la confiance : une
309 condition essentielle, mais difficile à développer et à maintenir et (c) une relation hiérarchique.

310 Les caractéristiques des soins bénéfiques à la qualité de la relation

311 Plusieurs textes inclus dans cette revue intégrative font état de soins bénéfiques voire essentiels à
312 la relation entre l'intervenant et le jeune adulte. Ces caractéristiques des soins indiquent, en quelque
313 sorte, le comportement que doit ou devrait adopter l'intervenant pour favoriser le développement
314 et le maintien de la relation entre ce dernier et le jeune adulte.

315 Selon plusieurs écrits portant sur la perspective des jeunes adultes, les patterns facilitants associés
316 à la qualité de la relation correspondent à une posture professionnelle respectueuse, humaine et
317 empathique à l'égard du jeune adulte où la dignité et l'acceptation de l'autre sont reconnues (16,37-
318 38,40,44,47,49,51-52,57). Plus précisément, les jeunes adultes sollicitent une relation sécuritaire
319 dans laquelle l'intervenant contribue au développement d'un espace sûr et à la prévisibilité du
320 traitement (16,36,38). En réponse à ces comportements de l'intervenant, les écrits corroborent que
321 le jeune adulte peut même diriger ses stratégies de coping vers le processus thérapeutique en
322 collaboration avec l'intervenant plutôt que vers la consommation (36).

323 Cette relation est également associée à une expérience positive lorsque la personne se sent écoutée
324 sans jugement (19,44,58-59). En effet, pour les jeunes adultes, l'écoute active représente
325 l'intervention la plus importante au sein de la relation (37,43,44,52,59). Elle permet de démontrer
326 que la relation est importante pour l'intervenant en plus de réduire le sentiment d'isolement social
327 et l'impression d'être stigmatisé chez le jeune adulte (19,36,52). Pour les participants de l'étude de
328 Ould brahim et al. (52,p.256), cette écoute permet « de ne pas se sentir réduit à sa consommation
329 d'alcool, de drogue ou à son trouble mental, mais de se sentir comme un humain tout simplement
330 » [traduction libre].

331 Un autre pattern facilitant que rapportent les écrits concerne l'intérêt marqué des jeunes adultes à
332 l'égard de soins individualisés et qui reconnaissent l'unicité de la personne
333 (19,34,40,43,52,56,58,60). Aussi, recevoir des soins sensibles et compréhensifs qui répondent aux
334 besoins quotidiens du jeune adulte réduit l'anxiété associée au traitement et représente un premier
335 pas vers la gestion de son trouble concomitant et de la réduction potentielle de sa consommation
336 (38,43-44,52,61). En effet, ce soutien dans la vie quotidienne représente l'opportunité de s'ouvrir
337 vers une nouvelle vie où les besoins de base sont répondus plutôt que les besoins de consommation
338 (19,42,52,62). Il semble que ce type de soutien donne au jeune adulte l'impression que la relation
339 est importante pour l'intervenant (37,58).

340 Maintenir le contact correspond à un pattern facilitant reposant surtout sur la responsabilité de
341 l'intervenant qui doit persister pour le préserver (45). D'après les écrits, les jeunes apprécient cette
342 persistance, notamment lorsqu'ils se sont absentes d'un rendez-vous ou qu'ils n'ont pas retourné
343 les appels (38,43). Par cette persistance, le jeune adulte comprend que l'intervenant ne veut pas
344 l'abandonner et qu'il souhaite vraiment l'aider et apprendre à le connaître ce qui est bénéfique pour
345 le processus thérapeutique (16,38,44,52,58).

346 D'après les écrits portant sur les perspectives des intervenants, ces derniers souhaitent que la
347 personne décrive elle-même ses attentes à l'égard des soins, car le succès du traitement dépend de
348 ses objectifs (40,49,51,57,60). En effet, les intervenants questionnés dans l'étude de Carey et al.
349 (49,p.193) rapportent qu'ils doivent être sensibles au discours des personnes : « ils [les jeunes]
350 n'ont pas à voir le monde de la même façon que leurs intervenants ».

351 En résumé, il semblerait que le jeune adulte apprécie croire que la relation est importante pour
352 l'intervenant. D'après les écrits, les jeunes adultes croient que l'intervenant améliore la qualité de
353 la relation par son écoute active, son soutien dans la vie quotidienne ou sa persistance. Les résultats
354 précisent ainsi que cette croyance chez le jeune adulte prend naissance dans la façon dont
355 l'intervenant prodigue ces soins.

356 La confiance : une condition essentielle, mais difficile à développer et à maintenir

357 Plusieurs écrits évoquent l'importance d'établir et de maintenir une relation de confiance entre la
358 personne et l'intervenant dans le cadre du processus thérapeutique (40,45,49-51,57,60,63-68).
359 Cette relation se traduit par une forte connexion entre les deux personnes où l'ouverture, la
360 compréhension et la confiance à l'égard de l'autre sont mises à l'avant plan (45,49,69). Les auteurs
361 s'entendent sur les retombées positives d'une relation de confiance sur l'ouverture des jeunes
362 adultes à l'égard des intervenants (36).

363 Cependant, les écrits corroborent des patterns contraignants associés à l'établissement de cette
364 relation de confiance alors que les jeunes ont plutôt tendance à se méfier et ont de la difficulté à
365 faire confiance et à s'ouvrir aux intervenants (36,56). Ces croyances semblent être le résultat de
366 nombreuses expériences de soins non concluantes, il n'est donc pas toujours facile pour les jeunes
367 adultes de faire confiance à nouveau aux intervenants et au processus thérapeutique (36,38). Dans
368 le même ordre d'idées, les jeunes adultes sont réticents voire craintifs de construire une relation
369 avec les intervenants (34) allant jusqu'à dire qu'ils sont « complètement apeurés » (36,p.54). Dès
370 le début du contact, les jeunes évitent d'approcher certains intervenants par crainte qu'ils ne
371 réagissent pas comme souhaité (36). Ce type d'appréhensions concerne également la façon dont la
372 relation prendra fin. Les jeunes ont vécu plusieurs rejets, notamment en raison de leur
373 consommation qui a causé des congés forcés hors des unités et sans soutien externe accentuant
374 donc leur crainte de perdre des services à nouveau (33,36,65,70). En effet, ils appréhendent que
375 l'intervenant n'assure pas une présence fiable et constante surtout que son absence représente un
376 obstacle important à l'amélioration de l'état de santé (16,33-34,36). De plus, avec la réalité du
377 roulement de personnel qui représente un facteur contraignant pour le jeune, il semble que ces
378 craintes soient plutôt fondées (16,19,37). Le roulement de personnel entraîne l'impression d'être
379 abandonné par l'intervenant alors que les jeunes doivent se confier de nombreuses fois à des
380 étrangers (16,19,34). À la lumière de ces expériences, les jeunes ont davantage tendance à s'isoler
381 allant jusqu'à croire qu'une réhabilitation réussie a lieu à l'extérieur du système : « On ne peut pas
382 faire partie de la société, alors vaut mieux vivre en dehors de la société » (33,p.9).

383 Ce sentiment d'être étranger à la société entre en cohérence avec l'expérience de la stigmatisation,
384 qui rend difficile la simple idée de demander de l'aide par peur d'être étiqueté et jugé (34,36,43,71-
385 72). En effet, la stigmatisation constitue un pattern contraignant important voire une barrière à
386 l'utilisation des services par les jeunes adultes (43,53), qui ont l'impression que leur existence est
387 réduite à leur diagnostic (33).

388 En parallèle avec la stigmatisation, les jeunes craignent d'être jugés, car ils ont vécu des
389 expériences de jugement de la part des intervenants qui laissent croire qu'ils ne méritent pas de
390 soins (37-36). Par leur langage corporel et leurs comportements, les intervenants véhiculent leur(s)
391 jugement(s) à l'égard du jeune, principalement en raison de la consommation de substances (36).
392 Les jugements vécus par les jeunes sont si omniprésents qu'ils les ont eux-mêmes internalisés.
393 Cette internalisation entraîne des justifications spontanées sur leur consommation à l'intention des
394 intervenants et de l'autocritique (36). En fonction de ces expériences, les jeunes adoptent donc une
395 approche particulière où pour éviter les conséquences sur leur relation, ils tentent d'avoir l'air d'un
396 « bon patient », c'est-à-dire celui qui a l'air prêt et motivé à se rétablir, qui se conforme aux règles
397 de l'unité et qui communique un engagement dans ses soins (36,38,63). Les jeunes croient donc
398 qu'en se comportant ainsi, ils réduiront les possibilités de conflits au sein de la relation (63).

399 Du côté des écrits rapportant les perspectives des intervenants, ces derniers croient qu'afin de
400 développer cette relation de confiance, il est nécessaire qu'ils démontrent de l'ouverture et de
401 l'honnêteté envers les jeunes adultes qui souhaitent partager leurs sentiments (36,52,56). Toutefois,
402 les intervenants précisent eux-mêmes que le manque de compréhension à l'égard du trouble
403 concomitant entraîne un manque de tolérance, d'intérêt et donc l'adoption d'attitudes de jugement
404 à l'égard des personnes (48). En effet, les écrits corroborent une amertume voire une frustration à
405 l'égard du travail auprès de jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant (22,47-48,53). Cette
406 frustration prend naissance dans le fait que les jeunes ont tendance à répondre lentement au
407 traitement, à manquer leurs rendez-vous et qu'ils présentent une pauvre capacité de jugement
408 (39,47). Les intervenants reconnaissent toutefois que ces attitudes ont des résultats négatifs sur
409 l'état des personnes et sur la relation qu'ils partagent (47,64) alors que ces jeunes se retrouvent
410 rapidement dans le « panier de clientèles considérées trop difficiles » (66,p.218).

411 À la lumière de ces résultats, l'action de se faire confiance se développe au sein d'un processus
412 interactif et dynamique entre la personne et l'intervenant (36,60) et représente une caractéristique
413 importante de la relation. Elle est toutefois fragilisée par les expériences antérieures et les patterns
414 contraignants associés aux perspectives des jeunes adultes et des intervenants.

415 Une relation hiérarchique

416 Il semble que la relation entre les jeunes adultes et les intervenants soit une relation hiérarchique
417 dans laquelle l'intervenant occupe une position « supérieure » au jeune. (36,44).

418 En effet, d'après les écrits, les jeunes adultes rapportent être confrontés à un style de
419 communication dictatorial où les intervenants ont des exigences à l'égard des jeunes, où ils parlent
420 davantage qu'ils écoutent et où la relation est plus de l'ordre de la compétition que de la coopération
421 (19,33,36-37,58). Réciproquement, ces expériences se traduisent par l'impression des jeunes d'être
422 contrôlés alors que les décisions sont prises sans leur considération (33,36,58). En réponse à ces
423 comportements, les jeunes croient que « les intervenants s'amusent à prendre une position de
424 pouvoir » (36,p.54). Or, pour les jeunes, la décision de changer un comportement ou de participer
425 aux soins est personnelle et il ne revient pas à l'intervenant de prendre cette responsabilité. Cette

426 décision se traduit par le fait d'être prêt à s'engager dans les services, car les jeunes sont plus
427 enclins à utiliser les services lorsque cela découle de leur décision individuelle (38,43).

428 Du côté des intervenants, d'après les écrits, certains reconnaissent que le contrôle perçu par les
429 jeunes est contraignant, car il entraîne leur résistance (49,67,73). Par exemple, le focus des
430 interventions sur l'abstinence augmente le risque que les personnes se retirent du traitement (49).
431 Les intervenants sont également conscients que la résistance des jeunes peut s'expliquer par des
432 expériences de soins antérieures où l'abstinence, la prohibition et les attitudes négatives des
433 intervenants ont nui à la relation (22,47,63,66).

434 Le contrôle et la supériorité des intervenants s'expriment également dans la gestion complexe des
435 substances sur les unités où les punitions, les inspections des chambres et la prohibition dictent les
436 interventions (36,51,72). D'autant plus que les législations à cet égard sont peu contextualisées au
437 milieu de soins, donc complexifient davantage l'application des règles et du contrôle (22,72).

438 Les résultats des écrits inclus indiquent que les intervenants ont tendance à s'attribuer un rôle
439 déterminant dans la décision de changer de la personne. Ce rôle s'exprime par leur intérêt de
440 conformer le jeune au traitement croyant que la compliance est essentielle en vue du changement
441 (40-51). Ainsi, des soins visant l'abstinence tels que l'utilisation de techniques de dépistage afin
442 d'objectiver la consommation et de confronter la personne à cet égard sont prodigués (39,49,51).
443 Cependant, leur volonté de conformer les jeunes à utiliser les services entraîne la croyance que les
444 jeunes se désengagent des intervenants et des services et qu'ils présentent un manque général de
445 motivation dès qu'ils ne se conforment pas au traitement souhaité par l'intervenant (45,47,51,73).
446 Pour l'intervenant, tant que le jeune adulte évite d'adopter un rôle actif au cours de sa thérapie,
447 cela représente qu'il n'est pas prêt à changer (49). Cette réalité dérange les intervenants et accentue
448 la difficulté de leur travail étant donné les démarches qu'ils mettent en place pour favoriser la
449 compliance des jeunes au traitement, entraînant aussi un sentiment d'impuissance (22,39,47-48).

450 En résumé, l'importance accordée aux façons dont les soins doivent être prodigués par les
451 intervenants illustre l'idée d'une responsabilité unique reposant sur l'intervenant qui doit agir d'une
452 certaine façon au bénéfice de la qualité de la relation. Toutefois, la réciprocité de la confiance
453 également abordée et l'impact sur le jeune et l'intervenant d'une relation hiérarchique témoignent
454 que la relation devrait être davantage un processus dynamique et circulaire où chaque sous-système
455 influence le développement et le maintien de la relation.

456 Discussion

457 L'environnement contraignant, tel que rapporté par nos résultats et qui caractérise le système de
458 santé influence le système formé de l'intervenant et du jeune adulte. L'intervenant et le jeune adulte
459 représentant chacun un sous-système. Le contexte de soins abordé dans ce premier thème peut donc
460 représenter le suprasystème. En effet, selon l'ASFC, par sa présence dans un supra-système et son
461 titre de sous-système, un individu est à la fois un tout en lui-même et une partie d'un autre ensemble
462 (6). Cette prémisse prend ancrage dans la première théorie de l'ASFC, soit la théorie générale des
463 systèmes qui fait référence à une vision d'ensemble plutôt que découpée (74). En apposant cette
464 vision au système formé d'une personne et d'un intervenant, on cherche à reconnaître l'importance
465 des interactions entre eux et leur interdépendance au sein du système (6). Ainsi, pour mieux
466 comprendre le fonctionnement d'un tel système, on préfère le percevoir comme un tout complexe
467 et systémique (6) plutôt que le résultat de la somme de la personne et de l'intervenant.

468 En reconnaissant le système comme un tout influencé et qui influence, l'ASFC appui la pertinence
469 de s'intéresser à l'environnement, mais surtout au contexte qui doit être propice au changement de
470 croyances (7). D'abord, les croyances, centrales à l'ASFC, « représentent des lentilles à travers
471 lesquelles nous regardons le monde, elles orientent nos choix, nos comportements et nos sentiments
472 qui en découlent » (75,p.19). Résultantes de notre structure bio-psycho-sociale et spirituelle, les
473 croyances participent à forger l'unicité d'une personne (7). Nos résultats soutiennent cette
474 définition des croyances alors qu'ils présentent le caractère unique des croyances propres à chaque
475 sous-système et leur influence au cœur des relations entre les jeunes et les intervenants.

476 Face à un défi, certaines croyances sont plus aidantes que d'autres permettant ainsi de les
477 catégoriser comme facilitantes ou contraignantes. Cette caractérisation de la croyance est
478 influencée par son contexte et par le jugement de la personne. Wright et Bell (7) mettent l'accent
479 sur les croyances en précisant même que face à l'émergence d'un trouble, il n'est pas rare que ce
480 soient les croyances qui entraînent davantage de souffrance que le trouble lui-même. Nos résultats
481 ont justement permis l'identification de plusieurs croyances contraignantes ou facilitantes autant
482 chez les intervenants que chez les jeunes adultes et de corroborer l'impact important de ces
483 croyances sur la qualité de la relation.

484 Les résultats mettent en lumière, notamment, les conditions de travail contraignantes des
485 intervenants et leur charge de travail importante (40) qui caractérisent ce suprasystème. Bien que
486 l'étude corroborant ce résultat provienne de la Norvège, cette réalité n'est pas étrangère aux milieux
487 de soins québécois. En effet, de nombreux médias abordent le sujet depuis les dernières années,
488 mais également des études empiriques se sont intéressées au contexte de travail des infirmières,
489 notamment, au cours de la pandémie de COVID-19 (76). À la lumière de ces résultats, il est
490 possible de reconnaître que cette caractéristique du suprasystème peut nuire au développement et
491 au maintien de la relation entre l'intervenant et le jeune adulte. En effet, Ness et al. (40) stipulent
492 que le temps des intervenants est davantage mobilisé dans l'accomplissement de tâches
493 administratives que dans la collaboration avec les jeunes. Face à ces patterns contraignants
494 davantage ancrés dans la réalité des intervenants, il est intéressant d'identifier que, réciproquement,
495 les jeunes adultes sont également confrontés par ce suprasystème rigide. En effet, ayant
496 l'impression de devoir se battre contre la bureaucratie (33-34,37), les jeunes adultes s'ajoutent aux
497 voix pour revendiquer un système de santé moins contraignant.

498 Par la concomitance de deux troubles, la problématique du trouble de santé mentale conjoint au
499 trouble lié aux substances complexifie davantage l'organisation des soins et des services. En effet,
500 les jeunes doivent faire appel à deux types de services, soit en santé mentale et en dépendance.
501 Cependant, des initiatives au cours des dernières années prônent plutôt les services intégrés où les
502 soins sont offerts de façon holistique. Toutefois, le suprasystème est encore teinté d'un manque de
503 services intégrés entraînant l'implication de multiples intervenants au sein de la situation de santé
504 d'une seule personne (39-40). Cette réalité nuit à l'élaboration d'un contexte propice au
505 changement de croyances tel que présenté ci-dessus. En effet, une étape centrale à ce processus est
506 l'identification du focus de la relation, c'est-à-dire l'élément qui cause une souffrance chez la
507 personne et les croyances associées (7). Toutefois, lorsque plusieurs intervenants sont impliqués,
508 il est difficile pour la personne de distinguer le défi sur lequel se pencher alors qu'il varie
509 probablement selon les intervenants (7). En effet, les intervenants appartiennent à des profils de
510 formation divergents dont les frontières professionnelles orientent les conversations thérapeutiques
511 vers certains sujets n'étant pas nécessairement couverts par les autres acteurs impliqués. Sachant
512 que l'identification du focus de la relation est bénéfique à la relation et au changement de

513 croyances, nul doute que la multiplicité des services ajoute à la complexité du contexte de la
514 relation.

515 De plus, l'âge de ces jeunes adultes concorde bien souvent avec une importante transition de soins,
516 c'est-à-dire celle partant des soins pédopsychiatriques vers les soins psychiatriques pour adultes.
517 Dans les écrits, ce passage est teinté d'un manque flagrant de continuité de soins où certains jeunes
518 ne sont pas référés au milieu adulte alors que d'autres demeurent dans le milieu pédiatrique et
519 peinent à trouver de la disponibilité pour un rendez-vous en psychiatrie adulte (17). De plus, la
520 continuité et la coordination des soins demeurent problématiques même une fois transféré en
521 psychiatrie adulte où des obstacles au rétablissement comme le manque de suivi des intervenants
522 et les importants fossés entre les services travaillant en silo persistent (16,19,35,37,41,43,44).
523 L'ensemble de ces résultats dépeint une continuité des soins défailante qu'une telle transition de
524 soins complique davantage.

525 Un élément essentiel au développement d'un contexte propice au changement de croyances
526 concerne le développement d'une relation de collaboration entre la personne et le jeune adulte (7).
527 Comme l'illustre nos résultats associés au second thème, la relation représente un processus central
528 aux soins et l'écoute active a été identifiée comme l'élément le plus important de la relation
529 (37,44,52,58-59). Par le fait même, Wright et Bell (75,p.33) font référence à l'écoute en parlant de
530 « l'art d'écouter et d'être pleinement présent » lors d'une conversation thérapeutique. Nos résultats
531 illustre que l'écoute active de l'intervenant à l'égard du jeune adulte entraîne plus d'ouverture de
532 ce dernier favorisant ainsi l'écoute de l'intervenant qui apprécie l'ouverture du jeune. Ainsi, en
533 plus de présenter la circularité au sein de cette relation, nos résultats s'ajoutent aux écrits de
534 plusieurs auteurs qui reconnaissent l'importance clé de l'écoute active de l'intervenant.

535 À l'inverse, un manque d'écoute peut traduire un manque d'intérêt alors que l'interlocuteur est
536 distrait par autre chose qui ne concerne pas la situation actuelle (7). Une telle distraction pourrait
537 découler de jugements entraînant des attitudes négatives à l'égard des jeunes tel que le rapportent
538 nos résultats. Selon Wright et Bell (7), ce manque d'écoute peut réduire l'estime personnelle voire
539 accentuer la souffrance et potentiellement faire émerger des croyances contraignantes. En effet,
540 face à ces expériences de jugements, les jeunes adultes croient être jugés et préfèrent s'isoler. En
541 réponse à cet isolement, l'intervenant croit que le jeune adulte présente un désintérêt voire une
542 absence de volonté de changer ce qui peut lui faire adopter des attitudes négatives à l'égard du
543 jeune. Cet exemple illustre la pertinence de rassembler les perspectives des jeunes adultes et des
544 intervenants pour mieux comprendre la relation et la circularité des interactions au sein du système.
545 En plus de confirmer, par le fait même, l'aspect novateur de la présente recherche.

546 En reconnaissant cette circularité, la perspective systémique permet de comprendre la complexité
547 de cette relation et le rôle joué, à la fois par l'intervenant et par le jeune adulte pour développer et
548 maintenir la relation. Ainsi, la responsabilité du développement et du maintien de la relation ne
549 repose pas sur une responsabilité unique attribué à l'intervenant ou au jeune adulte.

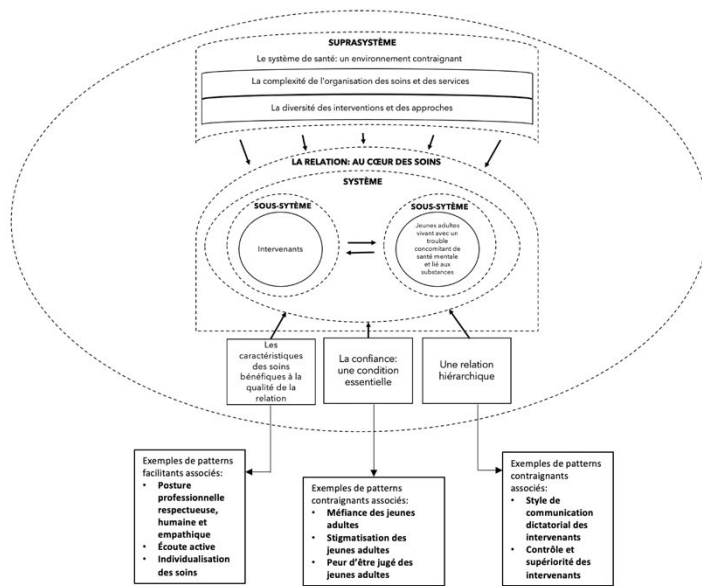
550 Dans le processus d'explorer les croyances de la personne, étape clé selon l'ASFC, il est important
551 d'identifier l'intérêt principal de la personne en faisant la distinction entre l'importance qu'elle
552 accorde à la cause du problème par rapport à celle accordée à la façon de gérer le problème (7).
553 Ces clarifications permettront à l'intervenant d'identifier la direction à privilégier au cours du
554 traitement. Nos résultats corroborent également que les soins doivent être individualisés et
555 reconnaître l'unicité de la personne (19,40,52,58). Aussi, la personne est justement appelée à
556 décrire elle-même ses attentes à l'égard des soins, car le succès du traitement dépend de ses

557 objectifs (40,49,51,57,60). Cette façon de voir le processus thérapeutique entre en cohérence
558 également avec le modèle du rétablissement de plus en plus valorisé et utilisé en santé mentale. En
559 effet, dans le cadre d'une telle approche, l'infirmière est appelée à respecter le caractère individuel
560 du rétablissement en plus de miser sur l'autonomie et l'autodétermination de la personne (77,78).

561 Une des théories constituant l'assise de l'ASFC concerne le courant postmoderniste (6). Ce dernier
562 prône principalement l'idée de multiplicité plutôt que l'attention à une seule vérité. En effet, par le
563 principe du pluralisme, composant du postmodernisme, il est possible de reconnaître qu'il existe
564 autant de réalités que de personnes. Ainsi, il ne faut pas se surprendre d'obtenir des résultats
565 corroborant des perceptions divergentes du changement. En effet, les intervenants visent la
566 conformité des jeunes adultes au traitement pour obtenir un changement (49-51) alors que les
567 jeunes adultes préfèrent décider eux-mêmes le moment où ils sont prêts à changer et à utiliser les
568 services (38,43).

569 Toutefois, cette idée de conformité mise de l'avant par les intervenants entre en cohérence avec un
570 possible protectionnisme. Tel que décrit par Lamarre en 1999, dans certaines situations, il y a une
571 particularité qui s'installe entre l'intervenant et la personne alors que le premier devient le
572 protecteur et la seconde le protégé. Jonglant entre la soumission et l'opposition, la personne jugée
573 comme ayant besoin d'être protégée peut se détacher et entraîner des éclatements relationnels (79).
574 Bien que l'ouvrage ait été publié il y a quelques années, cette idée correspond bien aux
575 déséquilibres de pouvoir corroborés par nos résultats. En effet, la supériorité des intervenants est
576 ressentie par les jeunes adultes (36,44) qui ont l'impression d'être contrôlés alors que les décisions
577 sont prises sans leur considération (33,36,58). À cela s'ajoute le style de communication dictatorial
578 des intervenants laissant présager une relation de compétition plutôt que de coopération (19,33,36-
579 37,58) ainsi qu'une gestion des substances sur les unités centrée sur la prohibition (36,53). Malgré
580 que certains jeunes apprécient cette gestion, il importe de préciser que pour Wright et Bell (7) ce
581 type de conversation où les accusations et les récriminations ont lieu entraîne de la souffrance, du
582 rejet, de la frustration voire une rupture de la relation. Nos résultats corroborent donc l'importance
583 de s'intéresser davantage à cet aspect sachant que Wright et Bell (7), dans une perspective
584 systémique, misent plutôt sur le développement d'une relation de collaboration non hiérarchique
585 et synergique alors que les deux sous-systèmes y participent avec leur expertise unique.

586 Figure 2 : Schéma conceptuel



587

588 Un schéma conceptuel contribue à l'approfondissement des résultats de cette revue intégrative. Les
 589 résultats présentés dans le premier thème permettent de situer le phénomène complexe de la relation
 590 entre les jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances
 591 et leurs intervenants au sein d'un suprasystème qui influence également de façon facilitante ou
 592 contraignante la relation. C'est ce suprasystème et ses particularités abordées qui sont identifiées
 593 au niveau supérieur du schéma. Les flèches indiquent l'influence de ce suprasystème sur la relation
 594 au sein du système jeune adulte-intervenant. En effet, les cercles permettent d'illustrer les différents
 595 systèmes qui représentent, à la fois un sous-système ou un supra-système, selon la perspective,
 596 alors que les flèches corroborent les interactions réciproques entre ces ensembles. Les résultats
 597 associés au second thème permettent d'approfondir la compréhension de la relation en illustrant
 598 les patterns contraignants et facilitants associés aux types de soins prodigués, à la confiance
 599 mutuelle et à la relation hiérarchique qu'il est possible d'observer au niveau inférieur du schéma
 600 conceptuel. Encore une fois, les flèches illustrent l'influence de ces patterns sur les systèmes. Ces
 601 résultats illustrés par le schéma conceptuel permettent de mieux comprendre comment s'exprime
 602 la relation entre le jeune adulte et l'intervenant.

603 Des limites de cette revue intégrative doivent être soulevées. D'abord, 40% des écrits inclus dans
 604 la présente revue intégrative ont été publiés avant 2009 dont deux qui ont été publiés avant les
 605 années 2000 (54,65). Il n'est donc pas possible d'associer les résultats de la présente étude
 606 uniquement à la réalité actuelle. Il faut considérer qu'elle couvre plusieurs années d'études sur le
 607 sujet. Cependant, l'intégration d'articles moins récents permet de répondre au but de la revue
 608 intégrative qui s'intéresse à un phénomène complexe abordé depuis plusieurs années. Cet
 609 échantillon nous permet même de reconnaître que, bien que l'intérêt à l'égard de cette relation date
 610 de plus de 20 ans, elle demeure d'actualité alors que des écrits de 2020 s'intéressent encore au
 611 sujet (52,59). Une limite additionnelle à considérer concerne les résultats de l'évaluation de la
 612 qualité des articles. En effet, cette étape de la revue a permis de réaliser que 52% (n=23) des écrits
 613 étaient de qualité satisfaisante. Ainsi, l'autre moitié des écrits inclus ont été évalués comme peu
 614 satisfaisants (n=14) et insatisfaisants (n=7) sur le plan de leur qualité. Un article sur deux a donc
 615 répondu faiblement aux critères des grilles d'évaluation. Une tendance entre les articles publiés
 616 avant 2009 et le faible résultat obtenu à l'évaluation semble exister. Sachant que les grilles utilisées

617 sont récentes, il est possible que les auteurs des articles plus anciens ne bénéficiaient pas de critères
618 de recherche aussi précis au moment de réaliser leur recherche et de la diffuser. L'étape de
619 l'évaluation a permis d'identifier de potentiels biais d'échantillonnage. Les critères d'inclusion
620 permettaient d'inclure des écrits qui ne concernaient pas uniquement les infirmières. Les critères
621 ont été inscrits de cette façon afin de s'assurer d'avoir un échantillon d'écrits suffisamment
622 important pour mener une analyse de données approfondie. Or, cet élément doit être pris en
623 considération pour le transfert des résultats. De plus, il semblerait que les participants des études
624 incluses sont davantage dans une phase de rétablissement de leur situation de santé, car plusieurs
625 données sont associées à des expériences antérieures. Ainsi, les résultats ne pourraient être
626 transférables à une population de personnes étant dans une phase critique de leur trouble
627 concomitant.

628 Conclusion

629 Pour conclure, cette revue intégrative corrobore que de nombreux écrits se sont intéressés au
630 phénomène complexe de la relation, et ce, même au sein d'un système précis tel que celui formé
631 d'un jeune adulte atteint d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et de son
632 intervenant. Toutefois, bien que la stratégie de recherche ciblait un vaste éventail de bases de
633 données, aucun des écrits inclus dans l'échantillon ne s'est intéressé à ce phénomène en adoptant
634 une perspective systémique. Cette revue intégrative contribue ainsi au développement de
635 connaissances en lien avec l'ASFC au sein de la discipline infirmière alors qu'elle illustre
636 l'importance de s'intéresser à cette relation avec une perspective systémique. En effet, nos résultats
637 sont particulièrement novateurs, car ils mettent en lumière la circularité de cette relation et la
638 pertinence de s'y intéresser plutôt que de cibler des concepts comme l'engagement de la personne
639 à l'égard de ses soins qui sous-entend une responsabilité unique reposant sur le jeune adulte. Les
640 résultats présentant l'environnement contraignant dans lequel s'inscrit cette relation permet de
641 mieux la comprendre en la situant dans un suprasystème rigide et désorganisé. Bien que les résultats
642 concernent un ensemble d'intervenants, ils posent la lumière sur l'importance accordée par les
643 écrits actuels aux soins, dont les soins infirmiers devant être prodigués au bénéfice de la relation.
644 Toutefois, la suite des résultats est innovante alors qu'elle présente une façon plus complexe de
645 voir le développement et le maintien de cette relation. En effet, la relation au cœur des soins, est
646 influencée par les soins prodigués, d'une part, mais, d'autre part, elle est grandement influencée
647 par la réciprocité des interactions sur les plans de la confiance mutuelle et de la hiérarchie au sein
648 de la relation. En reconnaissant les éléments clés qui influencent la relation, il est maintenant plus
649 judicieux de développer des interventions infirmières prenant en considération la perspective
650 systémique et donc, la réciprocité des interactions au sein du système infirmière-personne.

651 Financement

652 Cette revue intégrative étant issue d'un projet de mémoire, l'étudiante chercheuse tient à remercier
653 l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, la Faculté des sciences
654 infirmières de l'Université de Montréal, le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
655 du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Réseau de recherche en
656 interventions infirmières du Québec pour le soutien financier offert dans le cadre de la réalisation
657 de son parcours académique à la maîtrise.

658 Déclaration de conflits d'intérêts

659 Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

660 Références

- 661 1. Clement S, Williams P, Farrelly S, Hatch SL, Schauman O, Jeffery D et al. Mental health-related
662 discrimination as a predictor of low engagement with mental health services. *Psychiatr Serv.* 2015
663 fév;66(2):171-176. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300448>
- 664 2. Duhamel F. *La santé et la famille.* 3^e éd. Montréal (CAN): Chenelière Éducation; 2015.
- 665 3. Dunne T, Bishop L, Avery S, Darcy S. A Review of Effective Youth Engagement Strategies for
666 Mental Health and Substance Use Interventions. *J Adolesc Health.* 2017 mai;60(5):417-512.
667 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.019>
- 668 4. Grim K, Rosenberg D, Svedberg P, Schon UK. Shared decision-making in mental health care -
669 A user perspective on decisional needs in community-based services. *Int J Qual Stud Health Well-*
670 *being.* 2016 mai;11(30563):1-8. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30563>
- 671 5. Procter N, Backhouse J, Cother I, Ferguson M, Fielder A, Jackson A, Murison J, Reilly J-A.
672 Engaging consumers in Australian emergency mental health context: a qualitative perspective from
673 clinicians working in the community. *Health Soc Care Community.* 2015 déc;23(4):428-436.
674 <https://doi.org/10.1111/hsc.12156>
- 675 6. Shajani Z, Snell D. *Wright and leahey's nurses and families: A guide to family assessment and*
676 *intervention.* 7^e éd. Philadelphie (USA): F.A. Davis Company; 2019.
- 677 7. Wright L, Bell J. *Illness Beliefs: The Heart of healing in families and individuals.* 3^e éd. Calgary
678 (CAN): 4th Floor Press; 2021.
- 679 8. Brown A, Rice SM, Rickwood DJ, Parker AG. Systematic review of barriers and facilitators to
680 accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia Pac Psychiatry.*
681 2016 août;8(1):3-22. <https://doi.org/10.1111/appy.12199>
- 682 9. Newman D, O'Reilly P, Lee SH, Kennedy C. Mental health service users' experiences of mental
683 health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015 fév;22:171-182.
684 <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- 685 10. Adnoy Eriksen K, Arman M, Davidson L, Sundfor B, Karlsson B. Challenges in relating to
686 mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *Int J*
687 *Ment Health Nurs.* 2014 mai;23(2):110-117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>
- 688 11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity of substance use and
689 mental disorders in Europe [En ligne]. Luxembourg (LUX): Publications Office of the European
690 Union [cité le 17 déc 2021]. Disponible :
691 <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf>
- 692 12. Huynh C, Rochette L, Pelletier É, Jutras-Aswad D, Fleury M-J, Kisely S et al. Portrait des
693 troubles liés aux substances psychoactives : Troubles mentaux concomitants et utilisation des
694 services médicaux en santé mentale [En ligne]. Montréal (CAN) : Institut national de santé
695 publique du Québec; 2020 [cité le 17 déc 2021]. Rapport no : 2963. Disponible :

- 706 [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance psyoactives troubles](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_psyoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf)
707 [mentaux services sante mentale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_psyoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf)
708
- 709 13. Patrick ME, Rhew IC, Duckworth JC, Lewis MA, Abdallah DA, Lee CM. Patterns of Young
710 Adult Social Roles Transitions Across 24 Months and Subsequent Substance Use and Mental
711 Health. *Journal of Youth and Adolescence*. 2019 oct;49:869–880. [https://doi.org/10.1007/s10964-](https://doi.org/10.1007/s10964-019-01134-8)
712 [019-01134-8](https://doi.org/10.1007/s10964-019-01134-8)
713
- 714 14. Leahy D, Schaffalitzky E, Armstrong C, Bury G, Cussen-Murphy P, Davis R et al. Primary
715 care and youth mental health in Ireland: qualitative study in deprived urban areas. *BMC Fam Pract*.
716 2013 déc;14(194):1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/194>
717
- 718 15. Boden JM, Dhakal B, Foulds JA, Horwood LJ. Life-course trajectories of cannabis use: a latent
719 class analysis of a New-Zealand birth cohort. *Addiction*. 2019 sep;115(2):279-290.
720 <https://doi.org/10.1111/add.14814>
721
- 722 16. Ådnanes M, Steihaug S. “You Never Know What Happens Next” – Young Adult Service
723 Users’ Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. Experience with
724 Mental Health Care and Treatment through One Year. *Int J Integr Care*. 2016 juil; 16(3):1–11.
725 <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2435>
726
- 727 17. Appleton R, Elahi F, Tuomainen F, Canaway A, Singh SP. “I’m just a long history of people
728 rejecting referrals” experiences of young people who fell through the gap between child and adult
729 mental health services. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 avril;30:401-413.
730 <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01526-3>
731
- 732 18. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A. Youth experiences of transition from child
733 mental health services to adult mental health services: A qualitative thematic synthesis. *BMC*
734 *Psychiatry*. 2017 nov;17(380):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
735
- 736 19. Ellem K, Smith L, Baidawi S, McGhee A, Dowse L. Transcending the Professional–Client
737 Divide: Supporting Young People with Complex Support Needs Through Transitions.
738 *Child Adolesc Social Work J*. 2020 jan;37:109–122. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00651-x>
739
- 740 20. Loos S, Walia N, Becker T, Puschner B. Lost in transition? Perceptions of health care among
741 young people with mental health problems in Germany: a qualitative study.
742 *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2018 août;12(41):1-10. [https://doi.org/10.1186/s13034-](https://doi.org/10.1186/s13034-018-0249-9)
743 [018-0249-9](https://doi.org/10.1186/s13034-018-0249-9)
744
- 745 21. Crothers CE, Dorrian J. Determinants of Nurses’ Attitudes toward the Care of Patients with
746 Alcohol Problems. *ISRN*. 2011 mai;1-11. <https://doi.org/10.5402/2011/821514>
747
- 748 22. Howard V, Holmshaw J. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-
749 occurring mental health problems and illicit substance use. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010
750 sep;17:862–872. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x>
751

- 752 23. Whittmore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: An
753 overview. *Heart & Lung*. 2014 sep;43(5):453-461. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>
754
- 755 24. Becvar DS, Becvar RJ. *Systems Theory and Family Therapy*. 2e éd. Lanham (USA): University
756 Press of America, Inc; 1999.
757
- 758 25. Gaudet S, Robert D. *L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction*
759 *scientifique*. Ottawa (CAN) : Les Presses de l'Université d'Ottawa; 2018.
760
- 761 26. Whittmore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005
762 nov;52(5):546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
763
- 764 27. Toronto CE, Remington R. *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Berlin
765 (DEU): Springer; 2020.
766
- 767 28. Critical Appraisal Skills Programme [En ligne]. Oxford (GBR): Critical Appraisal Skills
768 Programme; 2018 [cité le 17 déc 2021]; [environ 8 écrans]. Disponible : [https://casp-uk.net/casp-](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/)
769 [tools-checklists/](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/)
770
- 771 29. Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews [En ligne]. Adelaide (AUS) : Joanna
772 Briggs Institute; 2020 [cité le 17 déc 2021]; [environ 13 écrans]. Disponible :
773 <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
774
- 775 30. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon MP,
776 Griffiths F, Nicolau B, O' Cathain A, Rousseau MC, Vedel I. Improving the content validity of the
777 mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *J Clin Epidemiol*. 2019 juil;111:49-59.
778 <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008>
779
- 780 31. The Johns Hopkins Hospital-Johns Hopkins University School of Nursing. Johns Hopkins
781 Nursing Evidence-Based Practice: Appendix F: Non-Research Evidence Appraisal Tool [En ligne].
782 Baltimore (USA): The Johns Hopkins Hospital; 2017 [cité le 17 déc 2021]. Disponible:
783 [https://www.mghpcs.org/EED/EBP/Assets/documents/pdf/2017_Appendix%20F_Non_research](https://www.mghpcs.org/EED/EBP/Assets/documents/pdf/2017_Appendix%20F_Non_research%20Evidence%20Appraisal%20Tool.pdf)
784 [%20Evidence%20Appraisal%20Tool.pdf](https://www.mghpcs.org/EED/EBP/Assets/documents/pdf/2017_Appendix%20F_Non_research%20Evidence%20Appraisal%20Tool.pdf)
785
- 786 32. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006
787 juil;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
788
- 789 33. Sælør KT, Skatvedt A. Thresholds of hope: stories of lacking generosity. *Soc Work Ment*
790 *Health*. 2019 mars;17(5):533-550. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1593915>
791
792
- 793 34. Villena ALD, Chesla CA. Challenges and Struggles: Lived Experiences of Individuals With
794 Co-occurring Disorders. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010 avril;24(2):76-88.
795 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.04.006>
796

- 797 35. Fortin M, Cao Z, Fleury MJ. A typology of satisfaction with mental health services based on
798 Andersen's behavioral model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018 fév;53:587–595.
799 <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1498-x>
800
- 801 36. Chorlton E, Smith I, Jones SA. Understanding how people who use illicit drugs and alcohol
802 experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015
803 juil;50(1):51-58. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0920-2>
804
- 805 37. Penn PE, Brooks AJ, DeWitt Worsham B. Treatment Concerns of Women with Co-Occurring
806 Serious Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *J Psychoactive Drugs.* 2002
807 sep;34(4) :355-362. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399976>
808
- 809 38. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Havnes I, Landheim A. Engagement in assertive community
810 treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance
811 use. *Int J Ment Health Syst.* 2014 oct;8(40):1-12. <http://www.ijmhs.com/content/8/1/40>
812
- 813 39. Back SE, Waldrop AE, Brady KT. Treatment Challenges Associated with Comorbid Substance
814 Use and Posttraumatic Stress Disorder: Clinicians' Perspectives. *Am J Addict.* 2009 fév;18:15–20.
815 <https://doi.org/10.1080/10550490802545141>
816
- 817 40. Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B. “Walking alongside:” collaborative practices in mental
818 health and substance use care. *Int J Ment Health Syst.* 2014 déc;8(55):1-8.
819 <http://www.ijmhs.com/content/8/1/55>
820
- 821 41. Staiger PK, Thomas AC, Ricciardelli LA, McCabe MP, Cross W, Young G. Improving services
822 for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users.
823 *Addict Res Theory.* 2011 juil;19(1):47–55. <https://doi.org/10.3109/16066351003637278>
824
- 825 42. Kikkert M, Goudriaana A, de Waala M, Peena J, Dekker J. Effectiveness of Integrated Dual
826 Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use
827 disorder. *J Subst Abuse Treat.* 2018 déc;95:35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005>
828
- 829 43. Kozloff N, Cheung AH, Ross LE, Winer H, Ierfino D, Bullock H, Bennett KJ. Factors
830 Influencing Service Use Among Homeless Youths With Co-Occurring Disorders. *Psychiatr Serv.*
831 2013 sep;64(9):925-928. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200257>
832
- 833 44. Ness O, Kvello Ø, Borg M, Semb R, Davidson L. “Sorting things out together”: Young adults'
834 experiences of collaborative practices in mental health and substance use care. *Am J Psychiatr*
835 *Rehabil.* 2017 avril;20(2):126-142. <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2017.1302369>
836
- 837 45. Hoxmark EM, Wynn R. Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic
838 Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. *J Addict Nurs.* 2010 oct;21(4):187-
839 193. [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10884602.2010.520170?scroll=top&needAcc
840 ess=true](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10884602.2010.520170?scroll=top&needAccess=true)
841
- 842 46. MacDonald EM, Luxmoore M, Pica S, Tanti C, Blackman JM, Catford N, Stockton P. Social
843 Networks of People with Dual Diagnosis: The Quantity and Quality of Relationships at Different

- 844 Stages of Substance use Treatment. *Community Ment Health J.* 2004 oct;40(5):451-464.
845 <https://doi.org/10.1023/b:comh.0000040658.41548.b2>
846
- 847 47. Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the
848 experience of mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005 mai;12(3):268–274.
849 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00830.x>
850
- 851 48. Adams MW. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of
852 workers' reported attitudes and perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008 jan;15(2):101-
853 118. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01210.x>
854
- 855 49. Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP, Simons JS. Treating substance abuse in the
856 context of severe and persistent mental illness Clinicians' perspectives. *J Subst Abuse Treat.* 2000
857 sep;19(2):189–198. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(00\)00094-5](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00094-5)
858
- 859 50. Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C, Vázquez JM, Velasco E, García-Dorado M, Casas
860 M. Professionals' perception on the management of patients with dual disorders.
861 Patient Prefer Adherence, 2016 sep;10:1855-1868. <https://doi.org/10.2147/ppa.s108678>
862
- 863 51. Wadell K, Skärsäter I. Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of
864 depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs.* 2007
865 juil;28(10):1125-1140. <https://doi.org/10.1080/01612840701581230>
866
- 867 52. Ould Brahim L, Hanganu C, Gros CP. Understanding Helpful Nursing Care From the
868 Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study.
869 *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2020 mai;26(3):250–261.
870 <https://doi.org/10.1177/1078390319878773>
871
- 872 53. Phillips PA. Dual diagnosis: An exploratory qualitative study of staff perceptions of substance
873 misuse among the mentally ill in northern India. *Issues Ment Health Nurs.* 2007 juil;28:1309–1322.
874 <https://doi.org/10.1080/01612840701686468>
875
- 876 54. Ryrie I, McGowan J. Staff perceptions of substance use among acute psychiatry in-patients. *J*
877 *Psychiatr Ment Health Nurs.* 1998 jan;5(2):137–142. [https://doi.org/10.1046/j.1365-
878 2850.1998.00107.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00107.x)
879
- 880 55. Barrowclough C, Meier P, Beardmore R, Emsley R. Predicting Therapeutic Alliance in Clients
881 With Psychosis and Substance Misuse. *J Nerv Ment Dis.* 2010 mai;198(5).
882 <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181da4d4e>
883
- 884 56. Ledoux C, Brunelle N, Bertrand K. Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant
885 des comportements suicidaires. *Drogues, santé et société.* 2011 déc;10(2):105–142.
886 <https://doi.org/10.7202/1013480ar>
887
- 888 57. Levy MS. Engaging Dual Diagnosis Patients into Treatment: The T.E.E.A.C.H. Program.
889 *J Psychoactive Drugs.* 2002 sep;34(4):409-413. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399982>
890

- 891 58. Federation of Families for Children's Mental Health. Blamed and Ashamed: The Treatment
892 Experiences of Youth with Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders and Their
893 Families [En ligne]. Alexandria (USA): Substance Abuse and Mental Health Services
894 Administration; 2001 [cité le 17 déc 2021]. Disponible:
895 https://vufind.org/advanced_demo/Record/1248793
896
- 897 59. Fortuna LR, Falgas-Bague I, Ramos Z, Porche MV, Alegría M. Development of a Cognitive
898 Behavioral Therapy With Integrated Mindfulness for Latinx Immigrants With Co-Occurring
899 Disorders: Analysis of Intermediary Outcomes. *Psychol Trauma*. 2020;12(8):825-835.
900 <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000949>
901
- 902 60. Simoneau H, Guay S. Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de
903 substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement. *Drogues, santé et société*. 2008
904 juin;7(2) :125–160. <https://doi.org/10.7202/037567ar>
905
- 906 61. Baker KD, Lubman DI, Cosgrave EM, Killackey EJ, Pan Yuen HP, Hides L, Baksheev GN,
907 Buckby JA, Yung AR. Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young
908 people seeking mental health treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 nov;41(11):896-902.
909 <https://doi.org/10.1080/00048670701634986>
910
- 911 62. Ben-Zeev D, Kaiser SM, Krzos I. Remote “Hovering” With Individuals With Psychotic
912 Disorders and Substance Use: Feasibility, Engagement, and Therapeutic Alliance With a Text-
913 Messaging Mobile Interventionist. *J Dual Diagn*. 2014 sep;10(4):197-203.
914 <http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2014.962336>
915
- 916 63. Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Morse GA, Lemming MR. Predictors of the Working Alliance in
917 Assertive Community Treatment. *Community Ment Health J*. 2006 jan;42(2):161-175.
918 <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9022-7>
919
- 920 64. Loneck B, Banks S, Way B, Bonaparte E. An empirical model of therapeutic process for
921 psychiatric emergency room clients with dual disorders. *Soc Work Res*. 2002 sep;26(3):132-144.
922 <https://doi.org/10.1093/swr/26.3.132>
923
- 924 65. Naegle MA. Understanding Women With Dual Diagnoses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.
925 1997 sep;26(5):567-575. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02160.x>
926
- 927 66. Pierce D, Wilson I. Psychiatric comorbidity in general practice. *Aust Fam Physician* [En ligne].
928 2004 [cité le 17 déc 2021];33(4):217-220. Disponible:
929 https://www.researchgate.net/publication/8577068_Psychiatric_comorbidity_in_general_practice?enrichId=rgreq-4eeecf111658272bd48f7accc434796a-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzglNzcwNjg7QVM6MTA0MTQ1Nzg4ODY2NTczQDE0MDE4NDE3MDAwOTk%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf
930
931
932
933
- 934 67. Tiderington E, Stanhope V, Henwood BF. A qualitative analysis of case managers' use of harm
935 reduction in practice. *J Subst Abuse Treat*. 2013 jan;44:71–77.
936 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.03.007>
937

- 938 68. Zilcha-Mano S, Snyder J, Silberschatz G. The effect of congruence in patient and therapist
939 alliance on patient's symptomatic levels. *Psychother Res*, 2017 fév;27(3):371-380.
940 <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1126682>
941
- 942 69. Van Sant JE, Pattersen BJ. Getting In and Getting Out Whole: Nurse-Patient Connections in
943 the Psychiatric Setting. *Issues Ment Health Nurs*, 2013 jan;34:36-45.
944 <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.715321>
945
- 946 70. Carroll S, Hides L, Catania L, Mathias S, Greenwood-Smith C, Lubman D. Integrated cognitive
947 behaviour therapy for co-occurring substance misuse and major depression: lessons from a youth
948 mental health service. *Australasian Psychiatry*. 2009 jan;17(5):365-370.
949 <https://doi.org/10.1080/10398560902912544>
950
- 951 71. Cheng TC, Robinson MA. Factors leading African Americans and black caribbeans to use
952 social work services for treating mental and substance use disorders. *Health Soc Work*. 2013
953 mai;38(2):99-109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlt005>
954
- 955 72. MacMillan T, Sisselman-Borgia A. *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for*
956 *Mental Health and Addiction*. Berlin (DEU): Springer; 2018
957
- 958 73. Loree AM, Yeh HH, Satre DD, Kline-Simon AH, Yarborough BJH, Haller IV et al. Psychiatric
959 comorbidity and Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) measures of alcohol
960 and other drug treatment initiation and engagement across 7 health care systems. *Substance Abuse*.
961 2019 jan;40(3):311-317. <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1545727>
962
- 963 74. von Bertalanffy L. *Théorie générale des systèmes*. Malakoff (FRA): Dunod; 1993.
964
- 965 75. Wright LM, Bell JM. *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary (CAN): 4th Floor Press;
966 2009.
967
- 968 76. Perron A, Dufour C, Marcogliese E, Gagnon M. La dénonciation infirmière en contexte de
969 pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*. 2020
970 août;12(1). <https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4840>
971
- 972 77. Commission de la santé mentale du Canada. Guide de référence pour des pratiques axées sur
973 le rétablissement [En ligne]. Ottawa (CAN) : Commission de la santé mentale du Canada [cité le
974 17 déc 2021]. Disponible : [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf)
975 [content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf)
976
- 977 78. Bergeron-Leclerc C. Le rétablissement en santé mentale : Représentations, compétences et
978 stratégies d'intervention à privilégier. Dans Bergeron-Leclerc C, Morin MH, Dallaire B, Cormier
979 C. *La pratique du travail social en santé mentale : Apprendre, comprendre, s'engager*. Québec
980 (CAN) : Presses de l'Université du Québec; 2019. p. 61-80.
981
- 982 79. Lamarre S. Le respect de l'autonomie. Dans Blanchette L. *L'approche systémique en santé*
983 *mentale*. Montréal (CAN) : Les Presses de l'Université de Montréal; 1999. p. 113-130

Chapitre 5 – Discussion générale

Le but de ce projet de recherche était de mieux comprendre le phénomène complexe de la relation entre les jeunes adultes atteints d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et les intervenants à la lumière des écrits publiés et en adoptant une perspective systémique. Nos résultats répondent au but en mettant en lumière l'environnement contraignant du système de santé dans lequel la relation se situe ainsi que la relation au cœur des soins. Une brève discussion a été présentée dans l'article. Ainsi, ce chapitre vise à approfondir la discussion plus précisément au niveau de la pertinence du projet pour la discipline infirmière, des forces et des limites de cette revue intégrative et sur le plan des perspectives de recherches futures.

Pertinence pour la discipline infirmière

Bien que les écrits inclus dans la présente revue intégrative ne concernent pas uniquement les infirmières, les connaissances créées avec une vision interprofessionnelle contribuent au savoir de la discipline infirmière. En effet, comme discipline professionnelle, la discipline infirmière possède une perspective unique qui oriente les activités qui lui sont associées, dont celles qui relèvent d'une collaboration interprofessionnelle (Pepin et al., 2017). La présente revue intégrative contribue au développement des savoirs dans tous les champs de la discipline infirmière, c'est-à-dire la pratique, la gestion, la formation, le politique et la recherche. Nos résultats peuvent ainsi guider les acteurs concernés sur ces différents plans.

Sur le plan de la pratique infirmière, nos résultats ancrés dans la perspective systémique permettent aux infirmières de reconnaître l'importance de la relation qu'elles développent avec les jeunes adultes atteints d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances. En effet, le cadre conceptuel utilisé ajoute au caractère novateur de cette revue intégrative, car il permet de rassembler des données d'articles portant, d'un côté sur les jeunes adultes et de l'autre, sur les intervenants afin de permettre aux infirmières d'identifier l'impact potentiel de leurs croyances sur le développement et le maintien de cette relation. Tel un processus complexe et dynamique, de simples attitudes et comportements ont un impact potentiel sur une relation. Par le fait même, l'ASFC permet d'illustrer certains résultats par un pattern de communication circulaire (PCC) pour optimiser la compréhension de la circularité au sein de cette relation. Les PCC sont ancrés dans l'ASFC alors qu'ils permettent d'illustrer que les causes d'un problème, par exemple, au sein d'un système sont associées à un processus circulaire plutôt que linéaire (Shajani et Snell, 2019). Ce qui est important n'est pas de faire un lien direct entre un problème et une cause, mais d'observer la

problématique de façon holistique. Cette façon de faire permet d'identifier le rôle joué par tous les sous-systèmes dans le développement et le maintien de cette problématique. Grâce à cette vue d'ensemble, la réflexion approfondie et le cheminement des personnes impliquées sont plus propices (Shajani et Snell, 2019). Par exemple, il est possible d'identifier un PCC concernant les résultats associés à l'attitude négative de l'intervenant et au sentiment d'être jugé du jeune adulte (voir Annexe I). D'après les résultats de cette revue intégrative, l'intervenant peut être frustré par le jeune adulte qui s'isole et qui participe peu aux rencontres (Adams, 2008; Deans et Soar, 2005; Howard et Holmshaw, 2010; Phillips, 2007) et pense donc que ce jeune n'a tout simplement pas d'intérêt à l'égard de ses soins ce qui le pousse à adopter une attitude négative (Back et al., 2009; Deans et Soar, 2005). En réponse à ce comportement, le jeune adulte se sent jugé et pense que ce jugement découle de son trouble de santé mentale (Chorlton et al., 2015; Penn et al., 2002). Il préfère donc s'isoler et peu participer (Chorlton et al., 2015; Ledoux et al., 2011; Sælør et Skatvedt, 2019) encourageant le sentiment de frustration de l'intervenant.

Cet exemple permet également d'illustrer les prémisses de la théorie de la communication de Watzlawick et al. (1967), composante de l'ASFC, en corroborant qu'il est impossible de ne pas communiquer. En effet, ce PCC met en lumière que le langage non verbal tel que l'attitude négative de l'intervenant permet de véhiculer un message au jeune adulte, quel qu'il soit.

En reconnaissant la circularité et en approfondissant la réflexion, il est possible de questionner le concept de l'engagement régulièrement abordé dans la littérature (Pelletier et Stichler, 2014; Sahlsten et al., 2008; Tobiano et al., 2015). À la fois utilisé pour aborder l'implication et la participation d'une personne dans ses soins ou comme partie intégrante des soins, l'engagement correspond surtout à celui de l'utilisateur de services. Toutefois, cette façon de percevoir le concept sous-entend que la responsabilité de l'utilisation des services par les jeunes adultes repose majoritairement sur eux qui doivent s'engager. Alors que les résultats de la présente revue intégrative s'orientent davantage vers l'idée selon laquelle la relation est centrale à l'utilisation des services. Ainsi, la relation étant un processus complexe elle n'implique pas que le jeune adulte. L'utilisation des services repose donc sur une responsabilité partagée où autant le jeune adulte que l'infirmière contribuent.

Par le fait même, l'engagement pourrait être conceptualisé différemment en l'intégrant directement dans la relation et en parlant d'engagement dans la relation. Tel qu'illustré par nos résultats, le jeune adulte s'exprime plus ouvertement en fonction, notamment, de l'écoute de

l'infirmière (Chorlton et al., 2015; Ellem et al., 2020; Federation of Families for Children's Mental Health, 2001; Fortuna et al., 2020; Ness et al., 2017; Ould Brahim et al., 2020). Il semblerait que dans cette situation, chaque sous-système s'engage dans la relation ayant pour retombée positive le maintien de cette relation.

Dans le même ordre d'idées, cette notion de circularité entre en cohérence avec le modèle du rétablissement bien connu dans le domaine de la santé mentale (Bergeron-Leclerc, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2015). En effet, le modèle du rétablissement laisse de côté la relation hiérarchique au bénéfice de l'autodétermination et de l'autonomie de la personne (Bergeron-Leclerc, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Cette idée entre en cohérence avec nos résultats quant aux jeunes qui, par exemple, souhaitent décider eux-mêmes du moment où ils débutent un traitement (Kozloff et al., 2013; Pettersen et al., 2014). Cependant, les intervenants dont les infirmières ont tendance à croire qu'il est nécessaire de conformer les jeunes au traitement. Dans un contexte où les soins sont centrés sur le rétablissement, il faut plutôt s'assurer que ce soient les objectifs personnels de rétablissement de la personne qui priment (Bergeron-Leclerc, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Ainsi, nos résultats posent la lumière sur la divergence à cet égard, mais également sur l'impact de ces croyances divergentes sur la relation et sur le rétablissement de la personne quel que soient ses objectifs.

Sur le plan de la formation, les résultats abordent principalement le manque de connaissances des intervenants dont les infirmières, concernant le trouble concomitant. En effet, alors que le taux de prévalence est élevé (Huynh et al., 2020), la dernière édition d'un livre de référence important en soins infirmiers psychiatriques accorde moins d'une page au trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances (Fortinash et Holoday Worret, 2016). Tel que le précisent les jeunes adultes dans les écrits, la formation est probablement le premier pas vers une meilleure compréhension des intervenants à l'égard du trouble concomitant (Barrowclough et al., 2010; Ledoux et al., 2011; Penn et al., 2002; Pettersen et al., 2014). Ainsi, il peut être attendu qu'une formation initiale plus approfondie sur le trouble concomitant réduise les sentiments de stigmatisation, de rejet et de jugement rapportés dans les résultats. De plus, sur le plan de la gestion, les infirmières chefs d'unités psychiatriques ainsi que leurs collègues conseillères pourraient contribuer à la formation sur le trouble concomitant en offrant de la formation continue aux infirmières œuvrant sur leurs unités.

Au sein des organisations de santé, les infirmières occupent un rôle de plus en plus important sur le plan de la gestion par le biais, notamment, des directions des soins infirmiers. Ainsi, nos résultats corroborent le fait que les intervenants, dont les infirmières occupent leur temps dans des tâches administratives au détriment de l'accompagnement des utilisateurs de services (Chorlton et al., 2015; Ness et al., 2014). À cela s'ajoute l'accès aux soins pour les personnes marginalisées (Back et al., 2009; Ness et al., 2014; Penn et al., 2002; Sælør et Skatvedt, 2019; Staiger et al., 2011; Villena et Chesla, 2010) qui représente aussi un enjeu sur lequel les infirmières gestionnaires peuvent se pencher. Grâce à leur rôle d'influence, les infirmières gestionnaires peuvent questionner les pratiques courantes en plus de favoriser le pont entre la recherche et la pratique infirmière (Pepin et al., 2017). En effet, un des moyens afin de faire face à ces enjeux réside dans la valorisation de la recherche et la reconnaissance des résultats probants qui peuvent contribuer à la modification de la pratique infirmière et approfondir les connaissances afin d'identifier des pistes de solution à ces problématiques.

Sur le plan politique, il serait intéressant que cette étude suscite l'intérêt des infirmières pour le développement de leur savoir émancipatoire tel que décrit par Chinn et Kramer (2019). En effet, nos résultats corroborent que les jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances sont confrontés à la stigmatisation au sein de la société et par les intervenants (Cheng et Robinson, 2013; Chorlton et al., 2015; Kozloff et al., 2013; Mac Millan et Sisselman, 2018; Sælør et Skatvedt, 2019; Villena et Chesla, 2010). En cohérence avec la notion de Praxis, il serait judicieux que les infirmières adoptent un regard critique lorsqu'elles prodiguent des soins. En effet, être infirmière c'est aussi se questionner sur les inégalités sociales et les injustices qui influencent le contexte de soins (Chinn et Kramer, 2019; Pepin et al., 2017). De plus, les résultats de la présente revue intégrative mettent en lumière la complexité du système de santé auquel se heurte les jeunes adultes alors qu'ils doivent se battre contre une bureaucratie rigide (Penn et al., 2002; Sælør et Skatvedt, 2019; Villena et Chesla, 2010). À la lumière de ces données choquantes, les infirmières devraient faire partie des mobilisations pour un système de santé plus flexible et sensible aux enjeux sociaux.

Sur le plan de la recherche, la troisième section du présent chapitre tentera de présenter le portrait des perspectives pour la recherche future afin d'illustrer l'apport de la présente revue intégrative au domaine de la recherche en sciences infirmières.

Forces et limites de l'étude

Cette revue intégrative se basant sur la méthodologie de Whitemore et Knafl (2005) en combinaison avec les lignes directrices récentes de Toronto et Remington (2020), a respecté les étapes du processus. Or, certaines limites et forces découlant de l'exécution du projet méritent d'être nommées.

D'abord, la stratégie de recherche dans le cadre d'une revue intégrative permet d'inclure un vaste éventail de types d'études ayant été publiées depuis plusieurs années. Plus précisément, pour Toronto et Remington (2020), lorsque le chercheur n'est pas en mesure d'identifier le moment où la recherche sur le sujet d'intérêt a débuté, il peut adopter une vision large et intégrer tous les écrits respectant les critères d'inclusion sans restriction sur la date de publication. Ainsi, les écrits inclus dans la présente revue intégrative datant de moins de 2009 représentaient près de 40% de l'échantillon dont deux qui ont été publiés avant les années 2000 (Naegle, 1997; Ryrle et McGowan, 1998). À la lumière de cet échantillon, il n'est pas possible d'associer les résultats de la présente étude uniquement à la réalité actuelle. Il faut considérer qu'elle couvre plusieurs années d'études sur le sujet. Cependant, l'intégration d'articles moins récents permet de répondre au but de la revue intégrative qui s'intéresse à un phénomène complexe abordé depuis plusieurs années. Cet échantillon nous permet même de reconnaître que, bien que l'intérêt à l'égard de cette relation date de plus de 20 ans, elle demeure d'actualité alors que des écrits de 2020 s'intéressent encore au sujet (Fortuna et al., 2020; Ould brahim et al., 2020). De plus, cet échantillon s'étalant sur 24 ans de publications a permis d'identifier que les écrits plus récents s'intéressent davantage aux perspectives des personnes soignées alors que celles des intervenants étaient davantage abordées dans des articles publiés avant 2010. Le modèle du rétablissement qui est dorénavant central à la pratique en santé mentale (Bergeron-Leclerc, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2015), l'avancé de la perspective critique et les recherches participatives ont probablement joué un rôle important dans la réalisation de projets de recherche ayant pour but d'offrir une voix et un espace aux utilisateurs de services (Kidd et al., 2018). Il est donc probable que la présence d'écrits récents s'intéressant particulièrement aux perspectives des usagers s'explique par ce souci marqué des dernières décennies à l'égard de la place offerte aux utilisateurs de services dans le domaine de la recherche.

Au cours de la phase de sélection des écrits, des questionnements ont été relevés par la réviseuse externe qui ont permis de questionner les critères d'inclusion et d'exclusion. D'abord, un

des critères d'inclusion était très large et faisait appel à une certaine subjectivité des réviseurs, il s'agit du critère d'inclusion suivant : articles qui ciblent le phénomène de la relation intervenant-personne. Les réviseurs ont donc dû se questionner et prendre un pas de recul pour éviter un échantillonnage sélectif (Miles et Huberman, 1994) alors que l'étudiante chercheuse, étant particulièrement familière avec le sujet de recherche, risquait de s'enfoncer vers sa propre compréhension du phénomène en rejetant des articles pertinents. Dès le début de la sélection, il a ainsi été précisé que l'objectif était d'inclure tous les écrits concernant le sujet de la relation et ainsi ceux abordant les attitudes et les perceptions des jeunes adultes et des intervenants à l'égard de cette relation, la recherche d'aide et l'utilisation des services par les jeunes adultes également. L'étudiante chercheuse est toutefois consciente que ce critère d'inclusion complexifie la reproduction d'une telle revue intégrative. Toutefois, la sélection à plus d'un réviseur a permis d'accentuer la rigueur du processus de sélection.

De plus, un critère d'exclusion a été ajouté au cours de l'étape de la sélection, c'est-à-dire les articles concernant le trouble lié à l'usage du tabac. En effet, avec l'accord de la directrice de recherche, il a été décidé de retirer ce trouble de la concomitance étudiée, notamment, car tous les articles concernant le tabagisme ciblaient les programmes de prévention du tabagisme chez les jeunes ne correspondant pas au but de la présente étude.

Une limite additionnelle à considérer concerne les résultats de l'évaluation de la qualité des articles. En effet, cette étape de la revue a permis de réaliser que 52% (n=23) des écrits étaient de qualité satisfaisante. Ainsi, l'autre moitié des écrits inclus ont été évalués comme peu satisfaisants (n=14) et insatisfaisants (n=7) sur le plan de leur qualité. Un article sur deux a donc répondu faiblement aux critères des grilles d'évaluation. Il est possible de remarquer une tendance entre les articles publiés avant 2009 et le faible résultat obtenu à l'évaluation. Sachant que les grilles utilisées sont récentes, il est possible que les auteurs des articles plus anciens ne bénéficiaient pas de critères de recherche aussi précis au moment de réaliser leur recherche et de la diffuser.

Toutefois, dans la cadre de la présente revue, la validation inter-juge au début de l'évaluation a probablement permis d'augmenter la rigueur de cette étape. Il demeure que l'évaluation a été complexe en raison de l'utilisation de quatre grilles variant selon le type d'étude. Toronto et Remington (2020) corroborent justement la difficulté à identifier les grilles adéquates, et ce, même pour des chercheurs expérimentés. Les réviseurs ont été confrontés à cinq reprises sur le choix de la grille à utiliser, car la méthodologie mobilisée n'était pas suffisamment explicite dans

les écrits. Ainsi, avec l'accord de la directrice de recherche, la même évaluation de l'écrit a été complétée par deux réviseurs, et ce, avec la grille du JBI (2020) étant donné que les critères s'appliquaient relativement bien à tous les types d'études. La double évaluation a donc permis d'augmenter la rigueur de l'évaluation malgré l'utilisation non idéale d'une grille ne correspondant pas explicitement au devis utilisé dans ces cinq articles. Toutefois, il demeure que Whittemore et Knafl (2005) ont peu décrit l'étape de l'évaluation des écrits allant jusqu'à laisser choisir le chercheur quant à la pertinence de réaliser cette étape ou non. Ainsi, elle varie grandement d'une revue intégrative à l'autre (Hopia et al., 2016; Toronto et Remington, 2020). Dans la présente étude, c'est le guide de Toronto et Remington (2020) qui a guidé le choix des grilles d'évaluation alors qu'ils prônent la pertinence de cette étape afin d'identifier les biais potentiels des études incluses.

L'étape de l'évaluation a justement permis d'identifier de potentiels biais d'échantillonnage. D'abord, les critères d'inclusion permettaient d'inclure des écrits qui ne concernaient pas uniquement les jeunes adultes. En effet, les critères ont été inscrits de cette façon afin de s'assurer d'avoir un échantillon d'écrits suffisamment important pour mener une analyse de données approfondie. Or, cet élément doit être pris en considération pour le transfert des résultats. Cette particularité s'applique également pour les écrits s'intéressant aux perspectives des intervenants, y compris les infirmières. De plus, il semblerait que les personnes incluses dans les écrits sont davantage dans une phase de rétablissement de leur situation de santé, car plusieurs données sont associées à des expériences antérieures. Ainsi, les résultats ne pourraient être transférables à une population de personnes étant dans une phase critique de leur trouble concomitant.

De plus, les résultats des écrits considèrent peu les différences ethnoculturelles ne permettant pas d'identifier des tendances à cet égard chez les participants. Toutefois, sachant qu'une étude quantitative a permis d'identifier que les usagers de couleur de peau blanche avaient tendance à présenter une meilleure alliance thérapeutique avec les intervenants (Barrowclough et al., 2010), il aurait été intéressant de s'intéresser à cette particularité davantage afin d'identifier de potentielles inégalités.

Sur le plan de l'analyse qualitative des données, des résultats opposés ont pu être mis en valeur ajoutant ainsi à la profondeur de la recherche tel que le corroborent Miles et Huberman (1994). Par exemple, il a été soulevé que les utilisateurs de services ne sont pas nécessairement tous en accord avec l'approche de réduction des méfaits qui peut représenter un moyen d'éviter le

caractère restrictif de l'abstinence, mais pour d'autres, elle peut représenter un risque de tentation pour consommer de nouveau.

Finalement, l'écriture d'un journal de bord tout au long du processus de recherche a permis d'approfondir la présente section sur les limites de la revue intégrative et d'ajouter de la rigueur à la recherche. Le journal de bord est surtout associé à la recherche qualitative afin de considérer les potentiels biais liés aux ressentis du chercheur (Godet et Robert, 2018; Loïselle et Profetto-McGrath, 2007). L'analyse de données de la présente revue étant ancrée dans le paradigme qualitatif, il semblait judicieux d'intégrer également un journal de bord dans le processus de recherche, notamment, afin d'accentuer la rigueur scientifique du projet.

Perspectives pour des recherches futures

La section précédente met en évidence différentes lacunes des recherches élaborées à ce jour concernant le phénomène complexe de la relation entre l'intervenant et les jeunes adultes vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances.

Dans le même ordre d'idées, il existe un manque de connaissances récentes concernant la perspective des intervenants à l'égard de cette relation. Ainsi, des recherches à devis qualitatif s'intéressant aux perspectives et aux expériences des intervenants collaborant avec ces jeunes adultes seraient pertinentes. En effet, il est possible que les récentes approches de réduction des méfaits, par exemple, aient contribué à une meilleure perception des intervenants à l'égard de la clientèle consommatrice de substances. Il serait d'autant plus intéressant de le faire en adoptant la perspective systémique qui permet d'étudier la relation tout en reconnaissant sa circularité, et donc l'importance de considérer les perspectives des usagers également dans ces études. Ce type de recherche pourrait avoir pour milieu d'étude un autre contexte que celui des milieux de soins psychiatriques en se déplaçant vers les milieux médico-légaux par exemple. En effet, sachant que la pratique infirmière dans ces milieux implique un contexte de soins particulier où la justice et les soins en santé mentale se rejoignent (Paradis-Gagné et al., 2020), il est fort probable que les résultats apportent une vision divergente de cette relation.

De plus, la pertinence de l'étude dans la discipline infirmière met en lumière l'importance de questionner le statu-quo actuel alors que l'environnement contraignant constitue un obstacle important à l'accès et à l'utilisation des services. Ainsi, une perspective critique dans le cadre d'une recherche future pourrait constituer l'assise d'une telle étude. En effet, il pourrait être intéressant de faire appel à une approche critique transformative appliquée par le biais d'une recherche-action

participative. En effet, issue d'un souci à l'égard des groupes marginalisés, cette méthodologie permet de souligner les efforts de ces communautés quant à leur recherche d'une justice sociale tout en mettant de l'avant leur pouvoir d'agir (Kidd et al., 2018). Ainsi, ces personnes qui ont tendance à être invisibles et stigmatisées par les intervenants tel que présenté par nos résultats, pourraient obtenir une voix grâce à une telle recherche mettant de l'avant leur *empowerment*.

À la lumière de l'ensemble de ces études s'intéressant aux perspectives des sous-systèmes, il serait maintenant judicieux de développer des interventions infirmières influencées par la perspective systémique afin d'améliorer le développement et le maintien de cette relation dans les milieux de soins. Ainsi, des études à devis mixte pourraient être envisagées pour évaluer les retombées préliminaires de telles interventions sur les personnes impliquées, mais également sur des indicateurs variés en lien avec la satisfaction des soins.

Conclusion

Pour conclure, cette revue intégrative corrobore que de nombreux auteurs se sont intéressés au phénomène complexe de la relation, et ce, même au sein d'un système précis tel que celui formé d'un jeune adulte atteint d'un trouble concomitant de santé mentale et lié aux substances et de son intervenant. Toutefois, peu de chercheurs se sont intéressés à ce phénomène en adoptant une perspective systémique. C'est justement l'utilisation du cadre conceptuel soutenu par l'ASFC (Shajani et Snell, 2019) qui contribue au caractère novateur de la présente revue intégrative, car il permet de rassembler les perspectives des jeunes adultes et des intervenants à l'égard de leur relation au détriment d'une vision où la responsabilité du développement et du maintien de la relation repose sur un seul sous-système.

Bien que des limites aient été identifiées sur le plan de l'exécution de la recherche, cette revue intégrative appuie le processus complexe que représente la relation entre ces jeunes adultes et les intervenants. En plus d'offrir des idées innovantes pour le développement d'interventions infirmières visant la promotion de la qualité de cette relation sachant qu'elle joue un rôle central dans le processus de soins. Cette revue intégrative permet également aux infirmières de reconnaître l'impact potentiel de leurs propres attitudes et comportements et souligne l'importance de se questionner davantage sur la réalité de cette clientèle stigmatisée. Nos résultats se rapportant au contexte de la relation méritent d'être pris en considération dans l'élaboration de futures interventions infirmières visant la flexibilité de la bureaucratie, l'optimisation de l'accès aux services et la réduction de la stigmatisation du trouble de santé mentale. Alors que nos résultats en lien avec la relation au cœur des soins semblent constituer une assise déterminante pour le développement d'interventions infirmières qui tiennent compte des soins, mais également de l'importance de la confiance réciproque et de la relation à caractère hiérarchique.

Finalement, il semblerait que cette revue intégrative corrobore la pertinence d'utiliser un cadre conceptuel soutenu par l'ASFC dans de futures études ayant pour sujet la relation entre des intervenants et des clientèles diverses.

Références

- Adams, M.W. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 101-118. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01210.x>
- Ådnanes, M. et Steihaug, S. (2016). "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. *International Journal of Integrated Care*, 3(5), 1–11. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2435>
- Adnoy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfor, B. & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 110-117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques* (traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Appleton, R., Elahi, F., Tuomainen, F., Canaway, A. & Singh, S.P. (2020). "I'm just a long history of people rejecting referrals" experiences of young people who fell through the gap between child and adult mental health services. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 401-413. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01526-3>
- Arnett, J.J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Back, S.E., Waldrop, A.E. & Brady, K.T. (2009). Treatment Challenges Associated with Comorbid Substance Use and Posttraumatic Stress Disorder: Clinicians' Perspectives. *The American Journal on Addictions*, 18, 15–20. <https://doi.org/10.1080/10550490802545141>
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R. & Emsley, R. (2010). Predicting Therapeutic Alliance in Clients With Psychosis and Substance Misuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5). <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181da4d4e>
- Bergeron-Leclerc, C. (2019). Le rétablissement en santé mentale : Représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans C. Bergeron-Leclerc, MH., Morin, B., Dallaire, C. Cormier (dir.). *La pratique du travail social en santé mentale : Apprendre, comprendre, s'engager* (p. 61-80). Presses de l'Université du Québec.
- Boden, J.M., Dhakal, B., Foulds, J.A. & Horwood, L.J. (2019). Life-course trajectories of cannabis use: a latent class analysis of a New-Zealand birth cohort. *Addiction*, 115(2), 279-290. <https://doi.org/10.1111/add.14814>
- Bonato, S. (2018). *Searching the grey literature: A handbook for searching reports, working papers, and other unpublished research*. ProQuest Ebook Central.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broad, K.L., Sandhu, V.K., Sunderji, N. & Charach, A. (2017). Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: A qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry*, 17(380), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
- Brown, A., Rice, S. M., Rickwood, D. J., & Parker, A. G. (2016). Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia-Pacific psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 8(1), 3-22. <https://doi.org/10.1111/appy.12199>
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., Carey, M.P. & Simons, J.S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness Clinicians' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 189-198. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(00\)00094-5](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00094-5)
- Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (2019). *Knowledge Development in Nursing* (10^e éd.). Elsevier.
- Chorlton, E., Smith, I. & Jones, S.A. (2015). Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 51-58. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0920-2>
- Christmals, C.D. & Gross, J.J. (2017). An Integrative Literature Review Framework for Postgraduate Nursing Research Reviews. *European Journal of Research in Medical Sciences*, 5(1), 7-15. <https://www.idpublications.org/wp-content/uploads/2016/12/Full-Paper-AN-INTEGRATIVE-LITERATURE-REVIEW-FRAMEWORK-FOR-POSTGRADUATE-NURSING-RESEARCH-REVIEWS.pdf>
- Clement, S., Williams, P., Farrelly, S., Hatch, S. L., Schauman, O., Jeffery, D., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2015). Mental health-related discrimination as a predictor of low engagement with mental health services. *Psychiatric Services*, 66(2), 171-176. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300448>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Comorbidité. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comorbidit%C3%A9/186898>
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Crothers, C.E. & Dorrian, J. (2011). Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. *International Scholarly Research Network*, 1-11. <https://doi.org/10.5402/2011/821514>

- Deans, C. & Soar, R. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00830.x>
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Dunne, T., Bishop, L., Avery, S. & Darcy, S. (2017). A Review of Effective Youth Engagement Strategies for Mental Health and Substance Use Interventions. *Journal of Adolescent Health*, 60(5), 417-512. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.019>
- Ellem, K., Smith, L., Baidawi, S., McGhee, A. & Dowse, L. (2020). Transcending the Professional–Client Divide: Supporting Young People with Complex Support Needs Through Transitions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 37, 109–122 <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00651-x>
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and Society* (2^e éd.). W. W. Norton & Company, Inc.
- Erol, R.Y. & Orth, U. (2011). Self-Esteem Development From Age 14 to 30 Years: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619. <https://doi.org/10.1037/a0024299>
- Fahimi, J., Aurrecoechea, A., Anderson, E., Herring, A. & Alter, H. (2015). Substance Abuse and Mental Health Visits Among Adolescents Presenting to US Emergency Departments. *Pediatric Emergency Care*, 31(5), 331-338. <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000000421>
- Fortin, M., Cao, Z. & Fleury, M.J. (2018). A typology of satisfaction with mental health services based on Andersen’s behavioral model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 587–595. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1498-x>
- Fortinash, K.M. & Holoday Worret, P.A. (2016). *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fortuna, L.R., Falgas-Bague, I., Ramos, Z., Porche, M.V. & Alegría, M. (2020). Development of a Cognitive Behavioral Therapy With Integrated Mindfulness for Latinx Immigrants With Co-Occurring Disorders: Analysis of Intermediary Outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(8), 825-835. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000949>
- Gaudet, S. & Robert, D. (2018). *L’aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique*. Les Presses de l’Université d’Ottawa.
- Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P. & Schon, U. K. (2016). Shared decision-making in mental health care - A user perspective on decisional needs in community-based services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30563>

- Hammond, M., & Wellington, J. J. (2021). *Research methods : the key concepts* (2e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429058165>
- Henderson, J.L., Chaim, G., Luca, S., Brownlie, E.B., Rosenkranz, S., Skilling, T.A. & Beitchman, J.H. (2015). Program manager perspectives on the service system to meet the needs of youth with concurrent disorders: findings from a Canadian national survey. *BMC Health Services Research*, 15(393), 1-9. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1060-4>
- Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon M-P, Griffiths F, Nicolau B, O’Cathain A, Rousseau M-C & Vedel I. (2019). Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 111, 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008>
- Hopia, H., Latvala, E. & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 662-669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Howard, V. & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 862–872. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x>
- Hoxmark, E.M. & Wynn, R. (2010). Health Providers’ Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses. *Journal of Addictions Nursing*, 21(4), 187-193. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10884602.2010.520170?scroll=top&needAccess=true>
- Huynh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M-J., Kisely, S. & Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : Troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale* (publication n°2963). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_psychoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf
- Institut canadien d’information sur la santé. (2019). *Séjours à l’hôpital en raison de méfaits causés par l’utilisation de substances chez les jeunes de 10 à 24 ans*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/h-su-youth-report-2019-fr-web.pdf>
- Institut canadien d’information sur la santé. (2022). *Vision et mandat*. <https://www.cihi.ca/fr/a-propos-de-licis/vision-et-mandat>

- Institut national de santé publique du Québec (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/950_UsaSubsPsychoJeunesQueb.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (2019). *Les troubles liés aux substances psychoactives – Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2512_troubles_substances_psychoactives_prevalence_cas_identifies.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Qui sommes-nous?*. <https://www.inspq.qc.ca/institut/qui-sommes-nous>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Checklist for analytical cross sectional studies*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Jones, T.M., Hill, K.G., Epstein, M., Lee, O.J., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (2016). Understanding the interplay of individual and social-developmental factors in the progression of substance use and mental health from childhood to adulthood. *Cambridge University Press*, 28(3), 721-741. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000274>
- Khan, S. (2017). *Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada* (publication n°82-003-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82-003-X201700854853>
- Kikkert, M., Goudriaana, A., de Waala, M., Peena, J. & Dekker, J. (2018). Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005>
- Kidd, S., Davidson, L., Frederick, T. & Kral, M.J. (2018). Reflecting on Participatory, Action-Oriented Research Methods in Community Psychology: Progress, Problems, and Paths Forward. *Am J Community Psychol*, 61(1-2), 76-87. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12214>
- Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 977-984. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025977.x>
- Kozloff, N., Cheung, A.H., Ross, L.E., Winer, H., Ierfino, D., Bullock, H. & Bennett, K.J. (2013). Factors Influencing Service Use Among Homeless Youths With Co-Occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 64(9), 925-928. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200257>
- Leahy, D., Schaffalitzky, E., Armstrong, C., Bury, G., Cussen-Murphy, P., Davis, R., Dooley, B., Gavin, B., Keane, R., Keenan, E., Latham, L., Meagher, D., McGorry, P., McNicholas, F., O'Connor, R., O'Dea, E., O'Keane, V., O'Toole, P. T., Reilly, E.,... Cullen, W. (2013). Primary care and youth mental health in Ireland: qualitative study in deprived urban areas. *BMC Family Practice*, 14(194), 1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/194>

- Ledoux, C., Brunelle, N. & Bertrand, K. (2011). Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires. *Drogues, santé et société*, 10(2), 105–142. <https://doi.org/10.7202/1013480ar>
- Levinson, D.J. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. Alfred A. Knopf.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Loos, S., Walia, N., Becker, T. & Puschner, B. (2018). Lost in transition? Perceptions of health care among young people with mental health problems in Germany: a qualitative study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(41), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0249-9>
- MacDonald, E.M., Luxmoore, M. Pica, S., Tanti, C., Blackman, J-M., Catford, N. & Stockton, P. (2004). Social Networks of People with Dual Diagnosis: The Quantity and Quality of Relationships at Different Stages of Substance use Treatment. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 451-464. <https://doi.org/10.1023/b:comh.0000040658.41548.b2>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). De Boeck.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Naegle, M.A. (1997). Understanding Women With Dual Diagnoses. *Clinical Issues*, 26(5), 567-575. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02160.x>
- Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Karlsson, B. (2014). “Walking alongside:” collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(55), 1-8. <http://www.ijmhs.com/content/8/1/55>
- Ness, O., Kvello, Ø., Borg, M., Semb, R. & Davidson, L. (2017). “Sorting things out together”: Young adults’ experiences of collaborative practices in mental health and substance use care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 126-142. <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2017.1302369>
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S.H. & Kennedy, C. (2015). Mental health service users’ experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 171-182. <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- Ould Brahim, L., Hanganu, C. & Pugnaire Gros, C. (2020). Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(3), 250–261. <https://doi.org/10.1177/1078390319878773>

- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., M. Tetzlaff, J., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder W. E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J.E., (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(160). <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Paradis-Gagné, E., Jacob, J.D. & Pariseau-Legault, P. (2020). What lies at the Intersection of Psychiatric Nursing? Exploring the Process of Judicialization in the Context of Mental Health.Witness. *The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(2), 3-19. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.72>
- Patrick, M.E., Rhew, I.C., Duckworth, J.C., Lewis, M.A., Abdallah, D.A. & Lee, C.M. (2019). Patterns of Young Adult Social Roles Transitions Across 24 Months and Subsequent Substance Use and Mental Health. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 869–880. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01134-8>
- Pelletier, L.R. & Stichler, J. F. (2014). Patient-Centered Care and Engagement: Nurse Leaders' Imperative for Health Reform. *The Journal of Nursing Administration*, 44(9), 473-480. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000102>
- Penn, P.E., Brooks, A.J. & DeWitt Worsham, B. (2002). Treatment Concerns of Women with Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(4), 355-362. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399976>
- Pepin, J., Ducharme, F. & K erouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e  d.). Chenelière  ducation.
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C., Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2020/10000/updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I. & Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(40), 1-12. <http://www.ijmhs.com/content/8/1/40>
- Phillips, P.A. (2007). Dual diagnosis: An exploratory qualitative study of staff perceptions of substance misuse among the mentally ill in northern India. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 1309–1322. <https://doi.org/10.1080/01612840701686468>
- Pluye, P., Gagnon, M-P., Griffiths, F. & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529-546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>

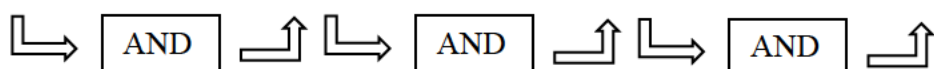
- Procter, N., Backhouse, J., Cother, I., Ferguson, M., Fielder, A., Jackson, A., Murison, J. & Reilly, J-A. (2015). Engaging consumers in Australian emergency mental health context: a qualitative perspective from clinicians working in the community. *Health and Social Care in the Community*, 23(4), 428-436. <https://doi.org/10.1111/hsc.12156>
- Roncero, C., Szerman, N., Terán, A., Pino, C., Vázquez, J. M., Velasco, E., García-Dorado, M. & Casas, M. (2016). Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1855-1868. <https://doi.org/10.2147/ppa.s108678>
- Ryrie, I. & McGowan, J. (1998). Staff perceptions of substance use among acute psychiatry in-patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(2), 137-142. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00107.x>
- Sælør, K.T., Skatvedt, A. (2019). Thresholds of hope: stories of lacking generosity. *Social Work in Mental Health*, 17(5), 533-550. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1593915>
- Sahlsten, M. J. M., Larsson, I.E., Sjöström, B. & Plos, K.A.E. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Form*, 43(1), 2-11. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>
- Shajani, Z. & Snell, D. (2019). *Wright and leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7e éd.). F.A. Davis Company.
- Staiger, P.K, Thomas, A. C., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Cross, W. & Young, G. (2011). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 47-55. <https://doi.org/10.3109/16066351003637278>
- The Johns Hopkins Hospital-Johns Hopkins University School of Nursing. (2017). *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Appendix F: Non-Research Evidence Appraisal Tool*. https://www.mghpcs.org/EED/EBP/Assets/documents/pdf/2017_Appendix%20F_Non_research%20Evidence%20Appraisal%20Tool.pdf
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. (2015). Patient Participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1107-1120. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010>
- Toronto, C.E. & Remington, R. (2020). *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Springer.
- Villena, A.L.D., Chesla, C.A. (2010). Challenges and Struggles: Lived Experiences of Individuals With Co-occurring Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(2), 76-88. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.04.006>
- von Bertalanffy, L. (1993). *Théorie générale des systèmes*. Dunod.

- Wadell, K. & Skärsäter, I. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(10), 1125-1140. <https://doi.org/10.1080/01612840701581230>
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human communication*. W.W. Norton.
- Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Minges, K.E. & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart & Lung*, 43(5), 453-461. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wright, L. & Bell, J. (2021). *Illness Beliefs: The Heart of healing in families and individuals* (3^e éd.). 4th Floor Press.

Annexe A : Stratégie de recherche

Concepts	Relation intervenant-personne	Jeunes adultes OU adultes	Trouble concomitant	Santé mentale ET utilisation de substances
Mots clés	patient collaboration patient cooperation patient participation professional (doctor or physician or pharmacist or therapist or nurse) patient bonding professional (doctor or physician or pharmacist or therapist or nurse) patient relation-s-hip-s patient professional (doctor or physician or pharmacist or therapist or nurse) relation-s-ship-s nurse patient relation-s-hip-s patient nurse relation-s-hip-s professional (doctor or physician or pharmacist or therapist or nurse) patient interaction-s patient-s experience-s Patient-s attitude-s	young adults youth teen / teenager-s young adolescent-s adults adolescence juvenile	Concurrent disorders concurrent diagnosis concurrent conditions Co-Occurring Disorders (COD) Co-occurring conditions (COCs) Co-occurring diagnos-is-es Cooccurring disorders Cooccurring conditions Cooccurring diagnos-is-es Comorbid disorder Comorbidity diagnosis Comorbidity conditions Co-existing disorders Co-existing diagnosis Coexisting disorders Coexisting diagnosis Dual disorder Dual diagnos-is-es Dual Psychiatric Diagnoses	Mental health Mental disorder-s Mental health problem-s Mental illness Mentally ill Mental condition-s Mental disease-s Psychiatric disorder-s Psychiatric problem-s Schizophrenia Schizoaffective Disorder Depression Psychotic disorders Bipolar disorder Affective disorders Mood disorders Paranoid Disorders Anxiety disorders Depressive disorders Personality disorders Borderline disorder
				AND
				Substance addiction Substance abuse Substance use Drug abuse Drug addiction Drug use Drug dependence Drug problems

	Patient-s preferences Patient-s satisfaction therapeutic relation therapeutic alliance			Chemical dependence Alcoholism Alcohol abuse Amphetamine Cannabis Cocaine dependence Marijuana dependence Heroin addiction Morphine addiction Narcotic abuse Opioids abuse Opiates Nicotine Addiction Tobacco Dependence Inhalant abuse Smoking vaping
--	---	--	--	---



CINAHL				
Concepts	Relation intervenant-personne	Jeunes adultes OU adultes	Trouble concomitant	Santé mentale ET utilisation des substances
Équations avec les descripteurs	(MH "Professional-Patient Relations+") OR (MH "Therapeutic Alliance") OR (MH "Patient Attitudes") OR (MH "Patient Satisfaction+") OR (MH "Attitude to Mental Illness") OR (MH "Attitude to	(MH "Young Adult") OR (MH "Adult") OR (MH "Adolescence+") OR (MH "Adolescent Behavior") OR (MH "Adolescent Health")	(MH "Diagnosis, Dual (Psychiatry)")	((MH "Mental Disorders") OR (MH "Adjustment Disorders+") OR (MH "Mental Disorders, Chronic") OR (MH "Mental Disorders Diagnosed in Childhood") OR (MH "Social Anxiety Disorders") OR (MH "Child Development Disorders,

	Medical Treatment")			Pervasive") OR (MH "Schizophrenia, Childhood") OR (MH "Neurotic Disorders+") OR (MH "Organic Mental Disorders") OR (MH "Organic Mental Disorders, Psychotic") OR (MH "Delirium") OR (MH "Delusions+") OR (MH "Dementia+") OR (MH "Personality Disorders+") OR (MH "Psychophysiologic Disorders") OR (MH "Psychotic Disorders+") OR (MH "Psychological Trauma+") OR (MH "Psychiatric Emergencies") OR (MH "Recidivism"))
				AND
				((MH "Substance Use Disorders+") OR (MH "Substance Use Rehabilitation Programs+")) OR (MH "Substance Withdrawal, Controlled") OR (MH "Substance Abusers+") OR (MH "Substance Abuse Detection") OR (MH "Organic Mental Disorders,

				Substance-Induced+") OR (MH "Psychoses, Substance-Induced+") OR (MH "Analgesics, Opioid+") OR (MH "Narcotics+") OR (MH "Cannabis+")
--	--	--	--	---



Annexe B : Stratégie de recherche pour la littérature grise

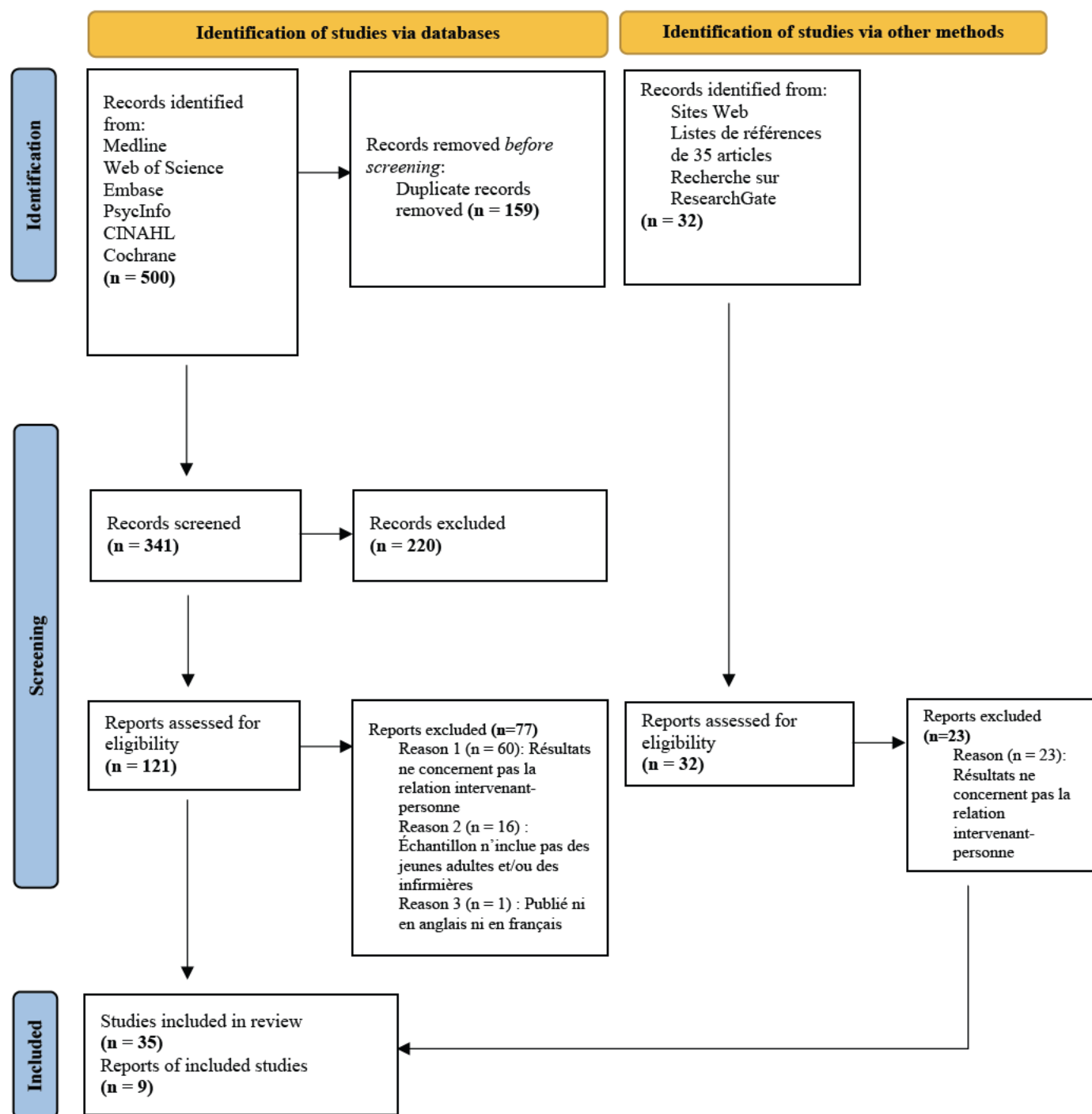
MOTS CLÉS			
patient collaboration OR patient cooperation OR patient participation OR professional patient bonding OR professional patient relation-s-hip-s OR nurse patient relation- s-hip-s OR therapeutic relation OR therapeutic alliance	young adults OR youth OR adults	concurrent disorders OR co-Occurring Disorders (COD) OR co-occurrence OR co- occurring conditions (COCs) OR dual disorder OR dual diagnosis OR dual diagnoses	Mental health disorders OR mental health problems AND substance use disorders OR substance use problems



SITES INTERNET ET BASES DE DONNÉES À CONSULTER

Google Scholar	https://scholar.google.com/
NICE	nice.org.uk
European Psychiatric Association	europsy.net
American Psychiatric Association	psychiatry.org
Thèses (France)	theses.fr
Érudit : thèses et mémoires (Québec)	erudit.org
Open Gray (Europe)	opengrey.eu
Grey literature report	greyLit.org
Canadian Electronic Library – Health Research Collection and Public Policy Collection	https://my.canadianelectroniclibrary.ca/Content/public-documents
Catalog of U.S. Government Publications	https://catalog.gpo.gov/F?RN=255910209
ETOH Database (National Institute on Alcohol and Alcoholism)	https://www.hazelden.org/websearch/etohsearch

Annexe C : Processus de sélection des écrits



Tiré de Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., M. Tetzlaff, J., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder W. E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J.E., (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(160). <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Annexe D : Grille d'extraction des données complétée

Titre Auteurs Année de publication Pays d'origine du 1 ^{er} auteur (Si Canada, précisez la ville) Devis	Méthode de collecte de données	Buts, questions et/ou objectifs de recherche	Échantillon	Résultat de l'évaluation des données ²	Résumé des résultats	Limites de l'article
« Treatment challenges associated with comorbid substance use and posttraumatic stress disorder: clinicians' perspectives » Sudie E. Back Angela E. Waldrop Kathleen T. Brady 2009 États-Unis Quantitatif descriptif Statistiques descriptives et analytiques	Sondage en ligne de 40 questions	« Build on previous work investigating clinicians' perspectives of treating SUD/PTSD patients, with a particular emphasis on areas of difficulty »	423 cliniciens dont 4 (0,9%) sont infirmières		SUD/PTSD Treatment Challenges: As can be seen, respondents rated the treatment of the dual diagnosis as the most difficult, followed by SUDs alone, then PTSD alone ($F(2, 750) = 101.10, p < .001$). The most difficult aspects of treating SUD/PTSD patients included self-destructive behaviors (eg, suicidal ideation, cutting), heavy case management needs (eg, finding services, referrals), and patients' dependency (eg, needing high levels of care). Dilemmas: 15% of the sample reported struggling with treatment integration or implementation issues and 13% reported struggling with patients' severe symptomatology and self-destructive behaviors. Some clinicians (7.8%) endorsed the challenge of helping patients abstain from alcohol or drug use during treatment. A minority of clinicians reported a lack of appropriate supervision or training (3.8%). Emotions : The most commonly reported emotions associated with treating SUD/PTSD patients were frustration and anger (22.9%). Clinicians reported experiencing these emotions as a result of patients' self-destructive behaviors, substance use, missed appointments, lack of insight, or poor judgment. SUD/PTSD Treatment Sources of Gratification : Common sources of gratification included developing expertise in working with this patient population, teaching patients new coping skills, and helping patients become abstinent from alcohol and drugs.	Peu d'infirmières dans l'échantillon.
« Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment » Kathryn D. Baker Dan I. Lubman Elizabeth M. Cosgrave	Questionnaires sur Global Assessment Scale (18-24 ans) ou Childhood Global Assessment Scale (15-17 ans) + The Center for	« To build on the existing literature, by examining baseline and 6 month out-comes of young people (aged 15_24 years) with a non-psychotic	106 jeunes adultes dont l'âge moyen était de 17,7 ans et dont 88 ont été acceptés dans le cursus thérapeutique du ORYGEN Youth Health (centre publique spécialisé en santé		Baseline mental health : . At baseline, both groups reported experiencing 'a little bit' to 'moderate' levels of suicidal ideation, but no significant group difference was found. Six month assessment : In the cooccurring SUD group those who completed the 6 month assessment had a significantly higher level of baseline anxiety than those who dropped out. Mental health : no significant difference was found between groups.	Données collectées de façon auto-rapportée

² Plus de réponses positives aux questions de la grille d'évaluation que de réponses négatives équivaut à un écrit de qualité satisfaisante identifié par la couleur verte. Autant de réponses positives que de réponses négatives aux questions de la grille d'évaluation équivaut à un écrit de qualité peu satisfaisante identifié par la couleur jaune. Plus de réponses négatives que de réponses positives aux questions de la grille d'évaluation équivaut à un écrit de qualité insatisfaisante identifié par la couleur rouge.

<p>Eoin J. Killackey Hok Pan Yuen Leanne Hides Gennady N. Baksheev Joe A. Buckley Alison R. Yung 2007 Australie Quantitatif longitudinal (2 temps) Analyses statistiques comparatives: co-occurring group VS non-SUD group « Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse » Christine Barrowclough Petra Meier Ruth Beardmore Richard Emsley 2010 Angleterre Quantitatif Analyse secondaire d'un RCT avec régressions multiples</p>	<p>Epidemiologic Studies Depression Scale + Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire Anxiety subscale</p>	<p>DSM-IV Axis I disorder and co-occurring SUD, who presented to a youth mental health service for assessment »</p>	<p>mentale) et 62 ont été évalué et finalement référé dans d'autres ressources. 83 participants ont été diagnostiqués avec un trouble psychiatrique non psychotiques, 23 présentant un trouble concomitant, 10 avec un trouble lié aux substances et 33 sans diagnostique.</p>		<p>Stability of substance use disorder : Among those who had the 6 month assessment, the majority of participants without an SUD at baseline did not meet criteria for an SUD at 6 month follow up (n65, 95.6%). The diagnosis of SUD was less stable, with only 46.7% (n7) of those with an SUD at baseline continuing to have a SUD at 6 month follow up. Service use : there was no significant difference between groups in regard to use of services.</p>	
<p>« Remote "hovering" with individuals with psychotic disorders and substance use: Feasibility, engagement, and therapeutic alliance with a text-messaging mobile interventionist » Dror Ben-Zeev Susan M. Kaiser Izabela Krzos 2014 États-Unis Quantitatif Étude pilote Analyses statistiques descriptives</p>	<p>Questionnaires auto-rapportés</p>	<p>« To identify factors predicting the alliance in people with psychosis and co-occurring drug or alcohol use in the treatment arm of a large randomized controlled study »</p>	<p>116 participants âgés entre 19 et 63 ans dont l'âge moyen était de 37,7 ans présentant soit un trouble de dépendance ou d'abus de substances (drogues ou alcool). Pas de données exactes sur le type de trouble de santé mentale présenté, mais critère d'inclusion = diagnostic d'un trouble psychotique non-affectif (selon DSM IV) et mesures psychiatriques temps 1 relatent des données sur l'état mental des participants.</p>		<p>There was a small but significant correlation between the client- and therapist-rated WAI total scores ($p = 0.282$, $p = 0.0022$). Mean scores from both perspectives indicate relatively good alliance; however, the clients rated their alliance significantly better than did the therapists (tests for difference when both WAIs are measured: mean 2.95, SD =11.58; $t = 2.32$, $df = 230$, $p = 0.021$). Client variables that were associated with therapist alliance ratings were race (white associated with better alliance), living context (living with family associated with better alliance), attitude toward medication (positive attitudes associated with better alliance), insight (higher insight scores associated with better alliance), and depression and dysphoria (higher scores associated with better alliance ratings). Participants were recruited from 6 localities. For the therapist-rated WAI, site differences accounted for 35% of the variance ($p = 0.001$), whereas for client-rated WAI the variation explained was nonsignificant (1%, $p = 0.381$). However, because only 1 or 2 therapists conducted therapy at each site, it was not possible to explore this further.</p>	<p>On ne sait pas exactement les troubles de santé mentale présentés par les participants. Au moins, ils présentent un trouble concomitant. Échantillon n'inclue pas uniquement jeunes adultes.</p>
<p>« Remote "hovering" with individuals with psychotic disorders and substance use: Feasibility, engagement, and therapeutic alliance with a text-messaging mobile interventionist » Dror Ben-Zeev Susan M. Kaiser Izabela Krzos 2014 États-Unis Quantitatif Étude pilote Analyses statistiques descriptives</p>	<p>Questionnaires post intervention</p>	<p>« We report on a pilot study in which a clinically trained mobile interventionist used daily text messaging to "hover" over patients with dual diagnosis over a 12-week period. Specifically, we examined intervention feasibility and usability, patient engagement and</p>	<p>17 participants dont l'âge moyen était de 40 ans. L'échantillon présentait des symptômes modérés de schizophrénie et de dépression.</p>		<p>Feasibility and Engagement : Participants received an average of 139 text messages (SD = 37.5) each from the mobile interventionist over the 12-week trial (60 maximum days of texting excluding weekends and holidays). On average, participants responded to 87% of the mobile interventionist's messages. Five participants (29%) sent more text messages to the mobile interventionist than they received. One participant (6% of the sample) responded to only 32% of the mobile interventionist's text messages. All other participants responded to at least 67% of text messages. Usability and Satisfaction : Over 90% of participants ($n = 15$) thought the intervention was useful and fun and that it helped them be more effective and productive in their lives. Eighty-seven percent ($n = 14$) reported being satisfied with the intervention, stating that it helped them have more control over the activities in their life and that they felt they needed to have it.</p>	<p>L'usage de substances n'est pas explicité dans le descriptif de l'échantillon, mais dans le titre on fait référence au trouble concomitant. L'échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.</p>

« Predictors of the working alliance in assertive community treatment »
 Robert J. Calsyn
 W.D. Klinkenberg
 Gary A. Morse
 Matthew R. Lemming
 2006
 États-Unis
 Quantitatif descriptif
 Analyses de régression logique hiérarchique

	satisfaction, and patient-rated therapeutic alliance with the mobile interventionist in this novel model of care »			Therapeutic Alliance : Average participant ratings of their therapeutic alliance with the mobile interventionist suggested a positive clinical relationship.	
Questionnaires (complétés en entrevues téléphoniques avec équipe de recherche)	« This study examined the ability of client change on the outcome variables (baseline to 15 months) to predict change on the alliance measures (3 months to 15 months) »	115 participants sont atteints de la comorbidité trouble de santé mentale + usage de substances et sont en situation d'itinérance, dont 46% avait un diagnostic de schizophrénie et les autres de dépression majeure, trouble bipolaire, psychose atypique, trouble schizo-affectif. 40% n'avait qu'un diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool, 18% de l'usage de drogue et 42% avait un trouble de l'usage de l'alcool et de drogue. L'âge moyen était de 39, allant de 18 à 60 ans.		The various alliance measures were not highly correlated with each other. The 3 month client alliance measure correlated .19 with the 3 month case manager alliance measure (intraclass coefficient = .18). The 15 month client alliance measure correlated .32 with the 15 month case manager alliance (intraclass coefficient = .27). None of the alliance measures were very stable for the year period between 3 and 15 months. Prediction of Three Month Alliance : Stronger alliances were reported for men, for participants with higher readiness to change scores, and those more willing to seek help. As predicted client characteristics were more highly correlated with the client's rating of the alliance (R2 change=.19) than were treatment variables (R2 change=.01) in the regression equation. As Table 1 indicates, three of the four treatment variables (program contacts, amount of transportation services, and amount of ADL assistance) were all positively correlated with the strength of the case manager alliance. Only 2 of 10 client characteristics correlated significantly with the case manager alliance. Case managers reported stronger alliances with individuals with less income and with individuals who had higher readiness to change scores. Prediction of 15 Month Alliance : As Table 1 indicates, four variables were correlated with the client's rating of the alliance at fifteen months: the three month rating of the alliance, the amount of transportation services, an increase on readiness to change, and a decrease in the number of conflictual relationships. Six variables were significantly correlated with the case manager's rating of the alliance at month 15: the three month rating of the alliance, the amount of transportation service, the number of program contacts, reduction in psychiatric symptoms, an increase in income, and an increase in the number of days in stable housing (see Table 1).	Difficile de dire que la mesure de l'alliance inclue toute la complexité associée à la relation professionnel-personne, en particulier parce qu'on parle de la relation avec les gestionnaires de cas qui sont moins en contact direct avec la clientèle. L'échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.
Focus groupe	But de l'étude non explicité. Mais on nous mentionne le but des focus groupe: « We are in the beginning stages of a project to develop interventions to engage dually diagnosed patients in treatment for	12 participants dont 3 infirmières, 2 conseillers, 3 travailleurs sociaux, 1 en réhabilitation, 3 psychiatres.		3.2. Training These clinicians reported that informal and self-initiated training opportunities were the primary methods used to learn about treating comorbid disorders. 3.3. Difficulties that mental illness poses for resolving substance abuse. Using drugs for the purpose of self-medication was the most commonly cited dynamic that complicates substance abuse recovery in this population. 3.4. Treatment approach All groups were asked about their general approach to treating substance use problems in comorbid patients. Discussions involved	Peu de participants au total pour des focus groupes. Bien : Infirmières relativement bien représentées dans l'échantillon.

« Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: clinicians' perspectives »
 Kate B. Carey
 Daniel M. Purnine
 Stephen A. Maisto
 Michael P. Carey
 Jeffrey S. Simons
 2000
 États-Unis
 Qualitatif

Analyse de contenu

	<p>their substance abuse problems. We ask you to share the insights you have developed regarding the treatment of dually diagnosed patients »</p>			<p>a mixture of references to conceptual approaches or schools of thought on the one hand, as well as specific techniques or areas of emphasis on the other.</p> <p>3.5. Factors that promote change 3.5.1. Therapeutic factors Three groups were asked, “What is it that you do that you think is responsible for behavior change regarding substance abuse in your patients?” All three groups (n 5 4) cited psychoeducation regarding the effects of substances and their role in the exacerbation of a patient’s symptomatology.</p> <p>5.2. Client factors Two people said they deliberately try not to anticipate outcome on the basis of client characteristics. According to one, “There’s always hope . . . but [I] just kind of take it day by day and never think are they going to make it or not, just stick with the here and now, but it always could happen.”</p> <p>3.6. Treatment goals 3.6.1. Individualized markers of success All four groups (n 5 5) indicated that improved quality of life was a significant marker of treatment success (e.g., “Can they do the things required to have a little abundance in life?”).</p> <p>3.6.2. Role of abstinence Two groups addressed the role of abstinence as a therapeutic goal. All of one group and one person from the other (n 5 4) reported that they did focus on abstinence.</p> <p>3.7. Motivation for changing substance use 3.7.1. Expressions of ambivalence Across three groups that were asked, everyone (n 5 9) reported that their patients express ambivalence, in some way, about changing substance use.</p> <p>3.7.2. Dealing with ambivalence or resistance Of the two groups speaking to this issue, five of six people expressed the opinion that traditional, often aggressive, confrontational approaches are not effective (e.g., “I’m decidedly against confrontation . . . I think it’s disrespectful and counterproductive”).</p> <p>3.7.3. What motivates successful changers? Two groups addressed this question. A number of factors were reported to influence motivation, including the belief that change is possible (n 5 2), recent negative consequences like a loss of residence or reminders of past losses (n 5 2), individualized treatment (n 5 2), and feeling understood in the therapeutic relationship (n 5 2).</p> <p>3.7.4. Internal versus external motivation Three groups discussed the importance of internal versus external sources of motivation, and therapeutic emphasis on each. One group noted that the two are intertwined, as external contingencies interact with personal values.</p>	
<p>« Integrated cognitive behaviour therapy for co-occurring substance misuse and major depression: lessons from a youth mental health service » Steve Carroll Leanne Hides Lisa Catania</p>	<p>« We describe an integrated treatment program for young people with co-occurring mood and substance-related issues that was trialled within a</p>	<p>60 participants âgés entre 15 et 25 ans ont entré dans le programme. Tous les participants ont rencontré les critères du DSM-IV pour dépression majeure et 3 rencontrant également</p>		<p>Engagement issues Engaging the young person in treatment is a major obstacle when working with co-occurring mood and substance use issues. Strategies that may enhance engagement include providing initial outreach until the client becomes engaged in treatment, remaining flexible around appointment times, and matching substance use treatment according to the stages of change model. Homework compliance</p>	<p>Inclusion de jeunes âgés entre 15 et 18 ans.</p>

<p>Steve Mathias Catherine Greenwood-Smith Dan Lubman 2009 Australie Écrit qui décrit une autre étude qui étudiait les retombées associées à la mise en place d'un programme d'intervention.</p>		<p>youth-specific mental health service in Melbourne, Victoria, Australia »</p>	<p>les critères pour un trouble dysthymique. 34 jeunes adultes présentaient les critères d'un trouble d'anxiété dont 9 pour 2 ou 3 types de troubles d'anxiété en même temps. Tous les participants présentaient au moins une consommation de substance hebdomadaire dont 96% ont présenté un trouble lié aux substances au cours de leur vie et 83% avait un trouble lié aux substances au moment de la collecte de données. Le cannabis et l'alcool étant les substances les plus consommées.</p>		<p>It was not uncommon for young people to not complete written homework assignments. Reasons for non-compliance were discussed with the young person and alternate approaches were discussed (e.g. setting non-written homework activities or completing written homework tasks in session). Client presented drug-affected prior to session Young people were still seen even if they presented drug-affected (as long as they were not intoxicated), although the sessions were briefer and more problemfocused. Working with other family members The need to address family issues is particularly important when addressing youth substance use issues.</p>	
<p>« Factors leading African Americans and black caribbeans to use social work services for treating mental and substance use disorders » Tyrone C. Cheng Michael A. Robinson 2013 États-Unis Quantitatif analyses entre trois groupes de référence (avec dual diagnosis, avec trouble lié aux substances seul, avec trouble de santé mentale seul) Analyse secondaire Régressions multiples</p>	<p>Sondage (National Survey of American Life)</p>	<p>« Explore how their use of social work services to address mental and substance use disorders was associated with the disorder involved as well as their perceived need for services, belief system, family resources, proximity to services, social-structural factors, and demographic characteristics »</p>	<p>3562 African American et 1438 black Caribbean dont 5,5% présentaient un trouble concomitant. Âge moyen: 42 ans allant de 18 à 94 ans.</p>		<p>Of the 5,000 respondents, 2.7 percent had used services from social workers, 21.4 percent had used services from other professionals or paraprofessionals; 76 percent had not used services at all. Likelihood of using services involving a social worker increased significantly in the presence of a dual diagnosis (e b = 35.12, p < .01), a substance use disorder diagnosis only (e b = 9.10, p < .01), or a mental disorder diagnosis only (e b = 13.78, p < .01). Although a belief in stigma attaching to treatment increased the chance of using services from a social worker significantly (e b = 4.14, p < .01), racial discrimination made no significant impact. Welfare receipt (e b = 2.02, p < .05) and having insurance covering mental health services (e b = 2.48, p < .01) were associated positively with likelihood of using the services of a social worker; conversely, medical health insurance status was not associated significantly with such use. Using services involving another professional or paraprofessional was significantly more likely in the presence of dual diagnosis (e b = 22.81, p < .01), of a substance use disorder diagnosis only (e b = 8.42, p < .01), of a mental disorder diagnosis only (e b = 10.91, p < .01), and of deteriorating mental health (e b = 0.70, p < .01).</p>	<p>Concerne surtout discipline travail social. Cible une partie précise de la population (black caribbean + african american). Échantillon n'inclue pas uniquement les jeunes adultes.</p>
<p>« Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff » Emma Chorlton Ian Smith</p>	<p>Entrevues semi-structurées</p>	<p>« To gain an in-depth understanding of how a sample of people with coexisting difficulties</p>	<p>10 participants dont 3 sont âgés entre 20 et 30 ans, 3 entre 31 et 40 ans, 1 entre 41 et 50 ans et 3 entre 51 et 60 ans. 5 présentent une consommation passée</p>		<p>Weighing up the risks of relationships: "It's a dangerous thing to do, building relationships with staff" Participants perceived developing relationships with staff to be a risky endeavour. Their concerns centred on their expectations of how staff would react to them if they initiated these interactions, whether staff would be reliable and consistent within relationships, and how relationships would end.</p>	<p>Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes, mais ils représentent une</p>

Sarah Amelia Jones
2015
Angleterre
Qualitatif
Approche phénoménologique
interprétative

	<p>experienced relationships with psychiatric inpatient staff by exploring the meaning people made of these experiences within the contexts of their lives »</p>	<p>ou actuelle d'alcool, 2 de cannabis, 1 d'héroïne et 2 de polyconsommations. Participants recrutés dans 8 unités d'hospitalisation psychiatrique.</p>		<p>Relationships intertwined with power and control: "Staff know everything about me, how I'm doing, and what I should be doing" Participants experienced their relationships with staff as being intertwined with the power and control which were inherent within the psychiatric system. They perceived this as a punitive system where staff were superior to patients. Tony said, "It's just like being in gaol. I couldn't go out". Participants described feeling controlled by staff because they implemented constraints upon their freedom and choice, as dictated by the system.</p> <p>Seeking Compassionate Care: "I need someone sitting there and listening [...] Just having a friendly face who's caring" Participants sought compassionate care and safety within relationships with staff. Participants experienced, or hoped to experience staff as sympathetic with a strong desire to alleviate their suffering which they demonstrated in their behaviour towards them. This theme was demonstrated by the emphasis participants placed on wanting to feel cared for, and the desperation they conveyed when this did not occur.</p> <p>However, participants also perceived that there were members of staff who did not meet their needs, for example who were dismissive, promised support which did not materialise, or prioritised paperwork over support.</p>	<p>bonne proportion.</p>
<p>« Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals » C. Deans R. Soar 2005 Australie Devis qualitatif</p>	<p>« Explore and describe the experiences of a group of mental health professionals working in rural communities in Victoria, Australia »</p>	<p>13 professionnels en santé mentale dont 10 infirmières, 1 travailleur social, 1 psychiatre et 1 psychologue. 10 travaillant surtout en Community Mental Health Services + 2 dans d'autres zones + 1 en milieu hospitalier (à l'interne).</p>		<p>Frustration was the dominant emotion expressed throughout interviews. Examples of this frustration were the description of working with clients who were slow to respond to treatments. Participants suggested that it was easier to treat a person with a diagnosis of schizophrenia, as the response to treatment was more positive.</p> <p>The frustration experienced by health professionals increased with their knowledge of the probable outcome.</p> <p>Several participants stated that some GPs possess a limited understanding of dual diagnosis issues, which, unfortunately, sometimes result in negative outcomes for clients. Younger GPs were viewed as more understanding than the older generation of GPs. Mental health professionals also demonstrated sympathy toward clients with dual diagnosis as clients.</p> <p>In the past, drug use issues were not identified as prominent in psychiatric services. Clients experiencing a coexisting mental illness and drug and alcohol problem were referred to specialist services. Psychiatric services' policy (ANCD 2002) is now changing by recognizing and treating more of these people.</p> <p>Currently, psychiatric services' policy on the care and treatment has not resulted in additional education for mental health professionals on dual diagnosis, and consequently they lack the necessary skills and knowledge.</p> <p>Participants from all disciplines believed that their initial training was limited in regard to dual diagnosis.</p> <p>Some participants found that the care they provided was more of a trial and error process. They described feelings of nervousness, naivety and being overwhelmed when confronted with their first</p>	<p>On ne connaît pas l'éducation des professionnels dans le milieu de la consommation de substances. Les résultats associés aux réalités rurales sont difficilement transférables au contexte québécois, car étude bien ancrée dans le contexte australien.</p>

<p>« A typology of satisfaction with mental health services based on Andersen's behavioral model » Marilyn Fortin Zhirong Cao Marie-Josée Fleury 2018 Canada (Montréal) Devis quantitatif descriptif transversal Création de groupes thématiques (clusters)</p>	<p>Professional interviewers trained by the research coordinator conducted two 90-minute interviews at 1-week intervals with each participant</p>	<p>« This study established a typology of patient satisfaction with mental health services that revealed variables specific to each group »</p>	<p>325 participants âgés entre 18 et 70 ans avec troubles mentaux tels que le spectre de la schizophrénie, les troubles de l'humeur, l'anxiété, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles de personnalité, le TDAH, troubles associés au stress Patients de l'externe (pas hospitalisés)</p>		<p>client with a dual diagnosis. These emotions contributed to a feeling of inadequacy. Their initial lack of knowledge placed them in humiliating situations where they were unable to accurately answer questions the client asked. Visiting unpredictable clients at home to render care and treatment was highlighted as increasing the risk factor to professionals. Health professionals do not know what state they are going to find the client in, given that drug/s can mask the illness.</p> <p>Cluster 1 (n = 113, 35%): the patient satisfaction score was 3.87 (mean = 3.87, SD = 0.61), ranking third of the four clusters. This cluster contained a higher proportion of patients between 41 and 54 years old (51%); while 61% had not completed secondary school. Slightly over half (53%) received welfare as the main source of income. Cluster 1 ranked second on amount of help desired and third on both adequacy of help received from services, and continuity of care. This patient profile ranked first on prevalence of schizophrenia (44%), and second on mood disorders (39%); no patients had alcohol use disorders. Cluster 1 ranked second on number of needs, severity of needs, and on numbers of both MDs/SUDs. Cluster 2 (n = 135, 42%): with a score of 4.37 (mean = 4.37, SD = 0.58), patient satisfaction was highest in Cluster 2. Patients in Cluster 2 were older, with only 18% under 40. More than half (56%) had not completed secondary school. The amount of help desired, number and frequency of services used were all the lowest of any clusters; while continuity of care ranked highest for Cluster 2. The patient profile mainly consisted of mood disorders, followed by schizophrenia. However, the prevalence rates for anxiety disorders (12%) and personality disorders (13%) were the lowest, and no participants had drug use disorders. The number of MDs and SUDs, as well as number and severity of needs, also ranked lowest. Cluster 3 (n = 48, 15%): the patient satisfaction score was 4.18, which was second to highest (mean = 4.18, SD = 0.52). Cluster 3 included a majority of women (65%), relatively well educated (63% post-secondary), and not receiving welfare (56%). Cluster 3 ranked first on frequency of service use and adequacy of help received from services, but second on number of services consulted per year and care continuity. The prevalence of personality disorders was highest for this cluster, as most patients had mood disorders, and none were diagnosed with schizophrenia. Cluster 3 participants ranked second for anxiety disorders and SUDs. Cluster 4 (n = 29, 8%): the patient satisfaction score for Cluster 4 was 3.74 (mean = 3.74, SD = 0.49), ranking lowest among the clusters. Cluster 4 patients were disproportionately young; most had post-secondary education and were living on welfare. This cluster reported the highest scores for help desired and number of services consulted, but ranked second on frequency of MHS use. Yet this group ranked lowest on continuity of care and adequacy of MHS. Cluster 4 ranked first on the prevalence of mood disorders, anxiety</p>	<p>Risque associé à la création de groupes thématiques, soit de limiter notre compréhension de l'utilisation et de la satisfaction des services à des grappes de population. Risque de nuire à la personnalisation des services. D'autres variables pertinentes n'ont pas été incluses: hospitalisation des personnes + utilisation de la médication. Non généralisable à une population hospitalisée. L'évaluation de la satisfaction est demeurée limitée à peu de variables.</p>
---	---	---	--	--	---	---

				disorders, SUDs, and number of MDs/SUDs, as well as on number and severity of needs.	
Development of a cognitive behavioral therapy with integrated mindfulness for Latinx immigrants with co-occurring disorders: Analysis of intermediary outcomes Lisa R. Fortuna Michelle V. Porche Irene Falgas-Bague Zorangeli Ramos Margarita Alegria 2020 États-Unis Devis mixte Analyse secondaire d'un essai contrôlé randomisé	Questionnaires pour évaluation des mesures + entretues	« We conduct a secondary analysis of the randomized controlled study of Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action (IIDEA), to evaluate whether three hypothesized intermediary outcomes, related to mindfulness-based intervention (MBI) and cognitive behavioral therapy (CBT), were significantly more improved in IIDEA participants as compared to usual control group (ETU) »	341 participants immigrants latins dont 91% sont nés à l'extérieur des États-Unis et de l'Espagne. 171 personnes de l'échantillon ont participé au protocole qualitatif.	The IIDEA program is a 10-session CBT intervention, designed to be delivered as a weekly 60-min sessions, over three to four months (see Table 2 for summary of therapy sessions). By the end of the IIDEA clinical trial, 26.0% of all sessions with participants were conducted by phone and 73.9% were conducted in person. Evaluation of Intermediary Measures of Intervention Components Positive differences were found between baseline and 6-months follow up for both groups, but these differences were larger for the IIDEA intervention group. Compared to participants in the enhanced usual care group, those participating in IIDEA showed stronger therapeutic alliance with their providers, improved illness management and recovery skills; and greater mindfulness attention awareness. Qualitative Theme Results From Participant Interviews Therapeutic alliance. Participants were generally positive about the treatment experience, and all spoke positively of their relationship with the clinician, mentioning her/his listening skills, responsiveness, professionalism, and ability to build trust. Mindfulness. When asked what they found to be most useful about the treatment, 54 participants mentioned learning relaxation and emotional regulation techniques, including learning how to manage their thoughts and emotions, anxiety, and stress. Self-management. Overall, 43 participants described how the therapy helped with self-management of their illness. Engagement in CBT, recovery skills, and psychoeducation provided the "tools to recognize problems and find solutions." Suggestions for improvement. When asked about what should be improved in the program, suggestions were for the program to be more personalized to individuals' needs. It was also suggested that the intervention expand to address other problems. For instance, this might include other issues such as "problems related to childhood."	On s'intéresse spécifiquement à la réalité d'un groupe d'immigrants, donc demeure une grappe précise de la population qui vit dans un contexte unique. Il faut être prudent avec le transfert des résultats. Manque de description de l'échantillon.
« Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses » Hoxmark et Wynn 2010 Norvège Qualitatif - phénoménologique	Focus groups, présentation d'une histoire de cas	« This study addresses the question of how factors related to therapeutic relationship are dealt with in an integrated treatment model compared to a substance abuse treatment model with less emphasis on psychiatric comorbidity »	2 focus groups regroupant des intervenants qui travaillent auprès de patients avec un dual diagnosis (3 pour le premier et 2 pour le second). Pour le premier groupe, 2 infirmières et 1 éducateur. Pour le deuxième groupe, un professeur et un philosophe.	A good relationship : Establishing and maintaining a good relationship was seen as essential by both groups. A good relationship as a premise for change or a creator of change Although the two groups saw a good relationship as central, they differed somewhat in their explanation of why a good relationship is important, and how such a relationship works in treatment. Closeness and distance The health providers or the peers as the main relationship. A structural or relational role	L'âge de la personne dans l'histoire de cas est de 35 ans.
« Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment	Entretues à temps zéro, 12 mois et 24	« To examine the effectiveness of	154 participants présentant un trouble	We compared the patient outcomes 12 months after randomisation between treatment conditions using multilevel analyses. In patients	Peu d'infos sur l'âge des

<p>(IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder » Martijn Kikkert Anneke Goudriaan Marleen de Waal Jaap Peen Jack Dekker 2018 Pays-Bas Quantitatif Essai contrôlé randomisé</p>	<p>mois après l'implantation de l'intervention</p>	<p>Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) with a cluster randomized controlled trial in a sample of severe mental illness outpatients with co-occurring SUD. Integrated Dual Disorder Treatment = collaborative, multi-disciplinary team approach. Team members are trained in treating psychiatric and SUD symptoms at the same time »</p>	<p>concomitant de santé mentale et lié aux substances dont l'âge moyen était de 46 ans et dont 83% ont un diagnostic primaire de schizophrénie ou autre trouble psychotique. A substance use disorder was recorded as the primary diagnosis in only 7.8% of patients. In total we found 63 patients (40.9%) who were diagnosed with a substance use disorder as their primary or secondary disorder. 37 cliniciens ont été identifiés comme intervenant clé des 154 participants inclus dont 32 ont été questionnés. La majorité étant des infirmières en santé mentale.</p>		<p>in the experimental condition we found a reduction in the total number of days in which patients used substances during the last month. There was a non-significant difference in the number of patients who fulfilled DSM criteria for substance abuse or dependence according to self-report on the MATE at 12 months (control condition: 67.9%; experimental condition: 57.4%). At 12 months we found a difference in functioning as rated by clinicians, patients' appreciation of their mental health, and therapeutic alliance. Functioning was better in the control condition at baseline and improved in this group while it remained at the same level in the experimental condition. Self rated mental health and therapeutic alliance both showed a small increase in the control condition while it decreased in the experimental condition. In addition, we also examined differences on patient outcomes before and 12 months after IDDT implementation in all teams. Using multilevel analyses we found a decline in the total number of days in which patients used substances during the last month (means = 26.4–22.9 days; EMD = 3.69; SE = 1.19), and an improvement in patients' appreciation of their physical health (means = 4.8–5.1; EMD = 0.35; SE = 0.16).</p>	<p>participants, seulement l'âge moyen. Bien : infirmières bien représentées dans l'échantillon (groupe majoritaire).</p>
<p>« Factors influencing service use among homeless youths with co-occurring disorders » Nicole Kozloff Amy H. Cheung Lori E. Ross Heather Winer Diana Ierfino Heather Bullock Kathryn J. Bennett 2013 Canada (Toronto) Qualitatif Analyse thématique des données Fait partie d'une étude plus large « Evidence on Tap » pour le ministère de la santé et des soins de longues durées qui a examiné les services pour les jeunes âgés entre 16 et 24 ans avec un trouble concomitant.</p>	<p>Focus groupe avec cadre d'une entrevue semi-structurée</p>	<p>« We sought to increase understanding of facilitators and barriers among homeless youths with co-occurring disorders »</p>	<p>23 participants dont l'âge moyen était de 22.2 ans</p>		<p>Many youths cited personal motivation and readiness for change as mandatory for engaging in services. Youths cited the relationship with service providers as a key influence. One participant remarked, "She's cool, it's confidential, and I get an hour to just talk to someone who has actually gone through training . . . and might just have some options for you. Youths generally endorsed services that catered to their individual needs. Service use was facilitated by program flexibility, including the ability of staff to see youths who lacked valid identification. Participants had mixed opinions about a harm reduction approach. Supporters argued that an abstinence model created too many barriers. As one youth said, "If . . . I'm high and they know it, I would get kicked out, right? But how is that really helping me? . . . If you come home . . . drunk or under the influence, that's the time you need somebody to take you in the most." However, some argued that harm reduction services, especially those based in shelters, attracted intoxicated and drug-dealing youths, creating a temptation to use substances. Participants spoke emotionally about stigma as a barrier. "You feel like a freak. Timely access to resources was a major influence. Youths felt frustrated if they did not meet narrow intake criteria or had to wait months for an appointment.</p>	<p>Concerne précisément des jeunes adultes en situation d'itinérance, donc à noter pour le transfert des résultats.</p>

<p>« Engaging dual diagnosis patients into treatment: the T.E.E.A.C.H. program » Michael S. Levy 2002 États-Unis Littérature grise (écrit théorique) : Proposition d'un modèle d'approche à privilégier pour les personnes avec un DD</p>	N/A	N/A	<p>Case vignette: homme de 34 ans avec un trouble schizophrénique et un trouble d'usage d'amphétamines</p>	<p>The same youth summarized the impact of these barriers: "Don't make it hard to look for a better way out." THERAPEUTIC ALLIANCE DEVELOPMENT Before attempting to develop any type of treatment goal, the clinician must first work on developing a connection to and relationship with the patient. The patient's likely mistrust and fear of others must first be countered by developing a friendly, nonthreatening relationship. EXPLORE AND EMPATHIZE WITH THE POSITIVE EFFECTS OF SUBSTANCE USE If a trusting therapeutic alliance is established, inevitably the patient's use of substances will arise in conversation or will become evident. EXPLORE AND EMPATHIZE WITH THE NEGATIVE EFFECTS OF SUBSTANCE USE After the positive effects of the patient's use of substances is fully appreciated and accepted by the therapist, an inquiry concerning possible negative consequences caused by chemical use can occur. This cannot be rushed and should take place only after it is clear that the patient knows his or her therapist completely understands and accepts why chemicals are used. AMBIVALENCE AND THE CENTRAL CONFLICT All substance abusers, including dually-diagnosed patients, must have compelling reasons to stop using chemicals if they are going to work to achieve abstinence. An appreciation and understanding of the negative effects of chemicals forces them to consider that something must be done about their drug use. THE DELIVERY OF HOPE Dually-diagnosed patients may often feel that there is no way to cope with their feelings without using chemicals. They may not be able to imagine feeling good about themselves or effectively being able to deal with their difficulties without using drugs.</p>	<p>Pas de résultat précis, on discute théoriquement de l'établissement d'une relation afin de développer l'engagement des personnes. L'histoire de cas cible un homme âgé de 34 ans.</p>
<p>« An empirical model of therapeutic process for psychiatric emergency room clients with dual disorders » Barry Loneck Steven Banks Bruce Way Ernest Bonaparte 2002 États-Unis Quantitatif Analyses corrélacionnelle et de régressions</p>	<p>Questionnaires: « in-depth analysis of audiotapes and transcripts of clinical sessions for psychiatric emergency rooms (PER) clients with dual disorders »</p>	<p>« This study examined the impact of therapeutic process on referral outcome: test the relationship of client resistance, clinician support, clinician negative approach, and working alliance with referral outcome »</p>	<p>39 personnes ayant été admis dans un crisis intervention center (CIC) de New-York étant atteints d'un trouble concomitant. Âge moyen de 35 ans. La majorité (69%) ayant un trouble de schizophrénie, donc un trouble mental grave et quelques-uns avaient un trouble d'adaptation (13%). D'autres avaient un trouble psychotique (n=2), un trouble organique (n=1), un trouble de l'humeur (n=3) et un trouble schizo-affectif (n=1).</p>	<p>Intercorrelations of Therapeutic Process Variables Before testing our hypotheses that patient resistance, therapist warmth and friendliness, therapist negative attitude, and working alliance are related to referral outcome, we computed firstorder correlations among their scale scores. Intercorrelations were moderate to large, with absolute values ranging from .40 between patient resistance and therapist warmth and friendliness to .78 between therapist warmth and friendliness and working alliance (Table 3). Because of both the significance and the strength of these correlations, collinearity was a potential problem in the subsequent logistic regression. Therapeutic Process Variables and Referral Outcome The means of patient resistance, therapist warmth and friendliness, negative therapist attitude, and working alliance for both successful and unsuccessful referrals are shown in Table 4, with none of the differences significant at the univariate level using a two-tailed test. The initial model (model 1) we tested included only the four scales we predicted would be related to referral outcome (that is, patient resistance, therapist warmth and friendliness, negative therapist attitude, and working alliance) and was significant. Working</p>	<p>Contexte de soins assez précis qui ne permet pas de généraliser les résultats au-delà d'un contexte de centre de crise. Surtout ancré dans discipline du travail social. Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.</p>

			Tous, avaient un trouble lié aux substances. 20 cliniciens dont 2 psychiatres, trois psychologues, 1 travailleur social de niveau maîtrise, 3 travailleurs sociaux de niveau baccalauréat, 5 conseillers en addiction, 5 résidents en médecine et un interne en psychologie.		alliance had a significant positive relationship with referral success, whereas therapist warmth and friendliness had a negative relationship that approached significance. One interpretation of the model is that, whereas high levels of working alliance were associated with referral success, high levels of therapist warmth and friendliness tended to be associated with referral failure. There is a positive relationship between working alliance and successful referral.	
« Psychiatric comorbidity and Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) measures of alcohol and other drug treatment initiation and engagement across 7 health care systems » Amy M. Loree, Hsueh-Han Yeh, Derek D. Satre, Andrea H. Kline-Simon, BobbiJo H. Yarborough, Irina V. Haller, Cynthia I. Campbell, Gwen T. Lapham, RulinC. Hechter, Ingrid A. Binswanger, Constance Weisner & Brian K. Ahmedani 2019 États-Unis Étude secondaire d'une recherche multicentrique Analyses quantitatives	These systems have diverse geographic, patient demographic, and organizational characteristics. All health care systems shared a common Virtual Data Warehouse (VDW) consisting of harmonized data elements from both electronic health records (EHRs) and insurance claims data, which facilitated multisite research by allowing programs written at one site to be distributed and efficiently run at other health care systems. All data were extracted from the VDW.	« To better understand how psychiatric comorbidity influences AOD treatment access in health care systems, the present study examined treatment initiation and engagement among a large, diverse sample of patients with comorbid psychiatric and AOD use disorders »	« Participants were aged 18 or older with at least 1 AOD index diagnosis between October 1, 2014, and August 15, 2015 »		Controlling for demographic characteristics (age, sex, and race/ethnicity), logistic regression analyses revealed that patients with a comorbid psychiatric disorder were more likely to initiate AOD treatment compared with those without a comorbid psychiatric disorder (odds ratio [OR] ¼ 3.20, 95% confidence interval [CI] ¼ 3.08, 3.32), but they were less likely to engage in AOD treatment (OR ¼ 0.56, 95% CI ¼ 0.51, 0.61). When adjusting for all psychiatric disorder diagnoses a year prior to AOD index diagnosis, patients with comorbid depressive (OR ¼ 1.12, 95% CI ¼ 1.07, 1.16), psychotic (OR ¼ 1.40, 95% CI ¼ 1.34, 1.47), or prior AOD use disorders (OR ¼ 3.66, 95% CI ¼ 3.54, 3.79) had higher odds of initiation compared with those without the respective disorders. Patients with comorbid anxiety (OR ¼ 1.21, 95% CI ¼ 1.10, 1.33) or depressive disorders (OR ¼ 1.20, 95% CI ¼ 1.09, 1.32) were more likely to engage in AOD treatment. Presence of a prior AOD use disorder diagnosis was associated with increased odds of initiating AOD treatment (OR ¼ 3.66, 95% CI ¼ 3.54, 3.79) but decreased odds of engaging in treatment (OR ¼ 0.44, 95% CI ¼ 0.40, 0.48).	Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.
« Social networks of people with dual diagnosis: the quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment » Elspeith M. MacDonald Ph.D. Marni Luxmoore B. Occ. Thy. Simone Pica B.A. (Hons)	The SUMITT treating clinicians reviewed their caseload for clients they considered able to cope with participating in the	« This study compares the social networks, perceived levels of social support, and satisfaction with this support, for people with serious	« Participants were 22 men and 12 women with a dual diagnosis aged between 21 and 54 years » The target client group for SUMITT are people with a serious mental		The two groups, Early Stage and Late Stage, were compared on mental illness and substance use variables. There were no differences between the two groups on indices of global functioning (HoNOS), frequency of substance use, or the type of substances used. Twenty-two participants (65%) reported they had substance-using contacts (Users), and 12 (n ¼ 35%) reported not having substance using contacts (No Users) in their social networks. Participants with	Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.

M.A. Chris Tanti B.A. BSW. M.A., ASW. Janne-Maree Blackman BSW. Neil Catford B.A. (Hons), CQSW, M.A. (Econ). Peter Stockton BSW, Grad. Dip. AS. 2004
 Australie
 Analyses quantitatives comparatives

« New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction »
 Thalia MacMillan et Amanda Sisselman-Borgia
 2018
 États-Unis
 Littérature grise (livre)
 Chapitre 14: Resiliency and Culturally- Responsive Practice for Adolescents and Young Adults with Substance Abuse and Mental Health Challenges
 « Understanding women with dual diagnoses »
 Madeline A. Neagle
 1997
 États-Unis
 Littérature grise sur l'expérience des cliniciens

study, and invited these people to participate in the study.	mental illnesses and comorbid problematic use of alcohol and other drugs who are at different stages of substance use recovery »	illness (predominantly those with a psychotic illness or severe mood disorder), and illicit and licit drug use that causes significant physical, emotional and social harm to the self and/or others. At the time of referral, SUMITT clients exhibited some instability as a result of the interactive effects of the concomitant problems of a severe mental illness and problematic drug use.		users in their networks were n ¼ 13 (65%) in Early Stage and n ¼ 9 (64%) in Late Stage. Participants with no users in their networks were n ¼ 7 (35%) in Early Stage and n ¼ 5 (36%) in Late Stage. A chi-square analysis revealed no significant association between participants' recovery stage (Early Stage vs. Late Stage) and the likelihood of their having substance users in their networks (Users vs. No Users). MannWhitney U tests revealed no significant differences between participants in the Early Stage and Late Stage groups on the variables of proportion of substance users in the social support network, perceived social support from the overall network, and satisfaction with support. Participants in the Late Stage group reported receiving more support from non-substance users than those in the Early Stage group. The difference between the two groups on number of professionals approached significance (z ¼)1.91, p ¼ .057) There was a significant difference between perceived support professionals (z ¼)2.50, p ¼ .013). Participants in the Late Stage group reported receiving more support from professionals than those in the Early Stage group.	
N/A	N/A	N/A		Literature Review and Current Trends : Substance Use Risks, Co-occurring Mental Health, and Behavioral Health Indicators Theoretical Model: Resiliency and Protective Factors Resiliency: Definitions and Models Individual Protective Factors Practice Skills: The Use of Resiliency in Assessment and Engagement Culturally Responsive Practice: The Move from Competence to Informed and Relevant Implications for Practice and Education	La relation est abordée, mais non de façon explicite comme thème central d'un chapitre. Ne concerne pas uniquement la pratique infirmière.
N/A	N/A	N/A		Definitions and Classifications How Common Is Dual Diagnosis? Identifying Women With Dual Diagnoses : In general care settings, nurses are expected to screen and refer women who manifest frank mental illness or have substance use problems. Psychiatric Disorders That Commonly Occur With Substance Use Disorders In addition to considering the function drug use may serve in the context of emotional life, information is available on the prevalence of dual diagnoses by diagnostic group. Nursing Considerations for Women With Dual Diagnoses Assess the severity of current symptoms. Patients with severe and persistent mental illness who abuse or are dependent on alcohol or other drugs (mentally ill chemical abusers) have higher rates of hospital admittance than do those who are not substance abusers. When a client manifests frank symptoms of psychosis, consultation	Écrit datant de plusieurs années. N'est pas explicitement associé à la pratique infirmière. Ne concerne pas uniquement la clientèle jeune adulte et cible spécifiquement les femmes.

				to evaluate the need for hospital admittance is important. When both the diagnoses are applicable and involuntary, hospital admittance may be necessary to protect the patient and family. Morbidity and suicide rates are significantly higher for these individuals than for those with only one diagnosis.	
« Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study » Lydia Ould Brahim ¹ , Cezara Hanganu ² , and Catherine Pugnaire Gros 2020 Canada (Montréal) Devis qualitatif descriptif	Entrevues semi-dirigées	« What nursing interventions, attitudes, actions, and/or behaviors are perceived as helpful by patients with a dual diagnosis during psychiatric hospitalization? »	12 personnes vivant avec trouble concomitant Patients of various ages (mean = 33.6 years, SD = 11.4, range 19-61), the majority of whom identified as male	Theme 1: Promoting Health in Everyday Living Subtheme 1: Promoting Physical Health. This included helpful strategies meeting physical needs, such as nutrition, hygiene, or mobility. One participant expressed appreciation when a nurse offered to help push his wheelchair (A16, M, 61); another focused on a time when a nurse helped him eat outside. Subtheme 2: Promoting Psychosocial Well-Being. Rather than referring to actual care experiences, most of the data in this category were suggested or potential interventions. Helpful strategies aimed at promoting psychosocial health included offering structured experiences and providing resources. Theme 2: Managing Mental Illness in Tandem With Substance Use Subtheme 1: Addressing Illicit Drug and Alcohol Use. Four participants described nurses' interventions pertaining to hospital rules prohibiting drugs and alcohol as being helpful. Theme 3: Building a Therapeutic Relationship Subtheme 1: Ways of Being. Demonstrating love and human caring was identified as helpful in 11 of 12 interviews, with participants noting repeatedly that they "need care" (J22, M, 36) or that nurses could "show more love and care" Subtheme 2: Ways of Knowing. Getting to know the patient was emphasized as helpful by all participants. Respondents stated that they wanted nurses to "know [them] more" (N30, F, 23). Subtheme 3: Ways of Doing. The humane and humanizing way in which nurses carry out their practice is an important aspect of helpful care.	Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.
« Treatment concerns of women with co-occurring serious mental illness and substance abuse disorders » Patricia E. Penn, Audrey J. Brooks et Brenda DeWitt Worsham 2002 États-Unis Qualitatif - Approche méthodologique non spécifié. Descriptif?	Focus groups	Explorer l'expérience et les besoins de traitement des femmes ayant un trouble concomitant	7 femmes avec un trouble concomitant basé sur le DSM-III. Les diagnostics incluent entre autres la schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble schizoaffectif et la dépression majeure. Les femmes se situaient entre 22 et 55 ans.	Treatment Suggestions What works. Responses to this question centered on medication issues, desirable staff qualities, and desirable environmental and treatment characteristics. Concerning medication issues, the women wanted effective but minimal medications and educational groups that discuss medication. Increased time with psychiatrists sensitive to women's issues was also viewed as facilitating effective treatment. What does not work. Just as client-centered treatment characteristics were identified as facilitating a positive treatment experience, negative staff attitudes were identified by all participants as significantly hindering treatment progress. What needs to be added. The women identified the need for a dedicated client advocate to assist the clients in a variety of areas. They were especially vocal about needing help with Child Protective Services (CPS), the state agency that intervenes in child abuse and neglect cases. Also mentioned was assistance with legal issues, mental health resources, and navigating complicated social service systems. Patterns of Treatment Experiences	Un seul focus groupe a eu lieu. Concerne uniquement des femmes. Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes.

« Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use »
Henning Pettersen, Torleif Ruud, Edle Ravndal, Ingrid Havnes Anne Landheim
2014
Norvège
Qualitatif

				<p>Negative treatment experiences. Two themes emerged in this category. The first was having the treatment emphasize substance abuse and neglect the presence of mental health issues. Treatment planning often focused exclusively on substance use. Time spent with the psychiatrist to address mental health issues was viewed as minimal.</p> <p>Negative system experiences. Negative system experiences involved not only long-term treatment in the community mental health system but also other related agencies, such as CPS, the courts, and Social Security. In general the women had difficulty navigating the systems in which they were involved.</p> <p>Desirable treatment characteristics. Despite the negative experiences women had with treatment, as well as the system in general, they were able to identify treatment approaches that proved helpful. Four characteristics were identified that involve the staff/client relationship and can be viewed as a cornerstone in treating this population.</p> <p>Therapeutic client characteristics. Possibly due in part to the long-term involvement of many of the women in the mental health system, the ability to fight for what they believed they needed was described as instrumental in getting needs met in treatment. Women gave advice to other women in the focus group, for example, on how to change their case manager or get a restraining order.</p> <p>Life issues influencing treatment engagement. The primary life issue the women discussed was their experience with CPS. One woman described an exchange where her CPS worker tried to get her to put her child up for adoption.</p>	
Entrevues semi-dirigées	« This qualitative study aimed to explore the experiences of being recruited to, and remaining in, ACT among recovering clients diagnosed with SMI and concurrent substance use »	11 personnes suivant le programme de ACT (assertive community treatment) Diagnostique validé par le ICD-10 et consommation de substance auto-rapportée The duration of ACT was 14–30 months (mean, 22 months) at the time of the first interview		<p>Initial engagement The initial engagement in ACT was described by the participants either as a transfer from institutional treatment or as a gradual process of recruiting clients in their living environments who were not currently engaged or were poorly engaged in other treatments.</p> <p>Building trust through enduring involvement The majority of the study participants were previously diagnosed with paranoid schizophrenia and displayed scepticism toward the service providers who started to show up at their homes.</p> <p>Several of the study participants stated that the service providers visited them once or twice a week, even if they had previously rejected them. They kept conveying what they had to offer in positive terms, without being rude or intrusive.</p> <p>The fact that repeated meetings with the service providers entailed attachment was experienced by six of the participants. This resulted in perception of the contact as being more personal than professional. Receiving benefits The majority of the participants emphasized the importance of having someone to lean on when trying to keep up with bureaucratic challenges. The search for stable housing and work possibilities was perceived as both important and demanding.</p> <p>Maintained engagement The study participants perceived important requirements for remaining in ACT mainly as being embedded in</p>	Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes. Contexte de soins précis : <i>assertive community treatment</i> (à considérer pour le transfert des résultats).

				<p>the strategy of the service providers, but to some degree as also being dependent on personal attitudes and the behaviour of the participants themselves.</p> <p>Exclusiveness The study participants experienced that the service providers were able to see them as individuals who deserved treatment, and not just as part of their job. Embedded in this perception was a sense of being pursued, treated respectfully, or seen as a chosen individual.</p> <p>Safety net The study participants shared some of their experiences of anxiety, depression and general discomfort, which could be related to periods of intense substance use. An awareness of future set-backs was expressed by most of the participants based on their previous experiences of living with SMI.</p> <p>Personal responsibility Some of the participants made a point of not taking for granted the help they received from ACT. It was important for them not to forsake the service providers. To put them down would imply putting themselves down. They felt obliged to retribute the service via their loyalty toward the service providers. In a sense, this attitude took the form of an act of reciprocity that became a motivation to stay in treatment.</p>	
<p>« Dual diagnosis: An exploratory qualitative study of staff perceptions of substance misuse among the mentally ill in Northern India »</p> <p>Peter A. Phillips 2007 Angleterre Devis qualitatif exploratoire Analyse des données via analyse de contenu</p>	<p>Semistructured interview and focus group</p>	<p>« Use qualitative methods to investigate the perceptions of professional mental health and substance misuse staff concerning the extent and clinical correlates of dual diagnosis among service users, with particular regard to traditional substance use, clinical, and sociodemographic characteristics, patterns, and types of substance use/misuse, and relationships among service providers and service users »</p>	<p>15 participants dont 3 infirmières, 9 médecins (7 en psychiatrie et 2 en santé publique), 1 psychologue et 2 travailleurs sociaux travaillant tous dans des services non-gouvernementaux de santé mentale et d'utilisation de substances dans deux états du nord de l'Inde</p>	<p>Extent of Dual Diagnosis In discussing the extent of dual diagnosis in their own services, participants reported that dual diagnosis was a common problems; participants estimated rate ranges similar to, and higher than, those found in western studies (Phillips & Johnson, 2003; Wright et al. 2000).</p> <p>Characteristics of Patients with Dual Diagnosis Participants reported both similarities and differences between the main sociodemographic characteristics of their service users with dual diagnosis when compared with those observed in studies from the U.K. and North America.</p> <p>Patterns of Substance Use and Misuse Participants reported patterns of substance use in patients with dual diagnosis that were similar to those observed in western studies (such as alcohol and cannabis) as well as different (low rates of stimulant use). In discussing the patterns and types of substances used by people with mental health problems in northern India it became clear that participants thought that (mental) illness presentation was correlated with substances used.</p> <p>Traditional Substance Use Amongst Those with Mental Health Problems Traditional substance use in distinct social contexts is a part of many world cultures and such substances are often used at important religious.</p> <p>Services and Relationships Relationships between mental health service providers and patients with problematic substance use are often characterised by conflict and poor levels of satisfaction. Common problems include the management of inpatient units and concern over not having the requisite skills to treat substance use problems among inpatients.</p>	<p>Contexte d'étude très ancré dans le milieu de santé indien. Infirmières ne représentent pas le groupe majoritaire dans l'échantillon. Présentation des résultats avec la discussion, donc difficile d'identifier ce qui provient de cette étude VS autres écrits cités.</p>

<p>« Psychiatric comorbidity in general practice » David Pierce et Ian Geoffrey Wilson 2004 Australie Présentation de cas</p>	<p>Présentation de cas et expérience personnelle</p>	<p>« This article aims to develop a framework that will assist general practitioners in day-to-day clinical work with patients presenting with concurrent multiple physical and mental health problems »</p>	<p>N/A</p>		<p>Common mental illness comorbidities Dual diagnosis, commonly used to describe a patient with both mental illness and a substance abuse problem, has received significant community publicity recently⁵ with efforts being made to provide suitable management for these patients. Dual diagnosis is not a homogenous term. High prevalence and adverse outcomes mean we need to recognise the impact on our patients with a range of mental illnesses and coexisting alcohol, cannabis and/or heroin use. Management Prioritising If issues of immediate risk are present, such as harm to self or another person, this must be an urgent management priority. Revising current management When patients with multiple comorbid diagnoses present to GPs, other practitioners will often have been involved in their care and it is important to review current management. A team approach For this group of patients there will often be a number of other health care professionals involved; our management role will therefore include being a coordinator, facilitator and advocate. The family The interaction between patients with comorbid psychiatric illnesses, their medical carer and their 'family' frequently has a significant impact on outcomes. The therapeutic relationship Finally, central to the outcomes of the care we provide will be the quality of the therapeutic relationship we form with the patient.</p>	<p>Article basé sur une présentation de cas fictive et sur l'expérience de soins du médecin généraliste qui a écrit l'article. Situation fictive abordée ne concerne pas uniquement un jeune adulte.</p>
<p>« Professionals' perception on the management of patients with dual disorders » Carlos Roncero Nestor Szerman Antonio Teran Carlos Pino José Maria Vasquez Elena Velasco Marta Garcia-Dorado Miguel Casas 2016 Espagne Quantitatif descriptif Analyses statistiques descriptives</p>	<p>Sondage en ligne</p>	<p>« Evaluation of Spanish professionals' perception about the level of compliance, the factors affecting prognosis and therapeutic adherence, the rate of use of different pharmacologic strategies, and the training of our professionals in this field. »</p>	<p>250 professionnels venant de centres divers: cliniques externes en toxicomanie (47,2%), centres de santé mentale (25,2%), unités d'hospitalisation psychiatrique (11,2%), cliniques internes en toxicomanie (7,2%), centres privés (6,8%) et centres de soins primaires (2,4%). Les infirmières qualifiées représentaient 2,8% des professionnels ayant participé à l'étude.</p>		<p>Prognosis improvement The participants considered that therapeutic alliance is the main aspect to take into account to improve this population's prognosis (69.2%), followed by proper and maintained compliance (66.0%), patient's disease awareness (59.2%), and family support. Therapeutic goals The results of the questionnaire showed that, in the participants' opinion, the primary treatment goal must be the improvement of the psychotic-phase positive symptoms, followed by the control of behavior disorders, reduction of craving, improvement of social and personal performances, and reduction of psychotic-phase negative symptoms. Abuse/addiction substances for which treatment is demanded In the participants' opinion, alcohol is the substance mostly used by dual diagnosis patients, followed by cocaine, cannabis, benzodiazepines, heroine, and different psychostimulants, such as 3,4-methylenedioxymethamphetamine and methamphetamines, among others. Level of disease awareness In all, 96.0% of the participants in the survey considered that patients have a deficient level of awareness (insight) of their psychotic disease. Treatment compliance Based on international recommendations, 36 a patient is defined as "compliant" when taking 80% of their medication, "partially compliant" when the intake of medication is between 40% and 80%, and "noncompliant" when they take 40% of the prescribed treatment. Hindering pharmacological factors for therapeutic adherence Regarding the professionals' clinical experience, the outcomes showed that the association of side effects</p>	<p>Peu d'infirmières sont incluses dans l'échantillon. Étude qui a eu lieu en Espagne, cependant, certains résultats sont tout-à-fait applicables dans un contexte québécois.</p>

				<p>to the intake of psychiatric drugs is the main explanation for the lack of adherence in this group of patients. Nonpharmacological strategies for adherence improvement Most professionals (73.5%) affirmed that they are certainly satisfied with the outcomes of the nonpharmacological strategies implemented in their dual diagnosis patients.</p> <p>Use of pharmacological treatments The most frequently used drugs for the treatment of dual diagnosis patients are antipsychotics, "commonly used" or "widely used" in 93.2% of the patients; antidepressants (92.0%); and anticraving drugs (73.9%).</p> <p>Consequences of therapeutic noncompliance The vast majority of the participants in the survey (98.8%) perceived that therapeutic noncompliance worsened the overall course of dual diagnosis patients. Professionals' educational background The most valued training resources were the courses (60.0%), workshops (54.8%), and guidelines (47.2%).</p>	
<p>« Staff perceptions of substance use among acute psychiatry inpatients » Ian Ryrie et J. McGowan 1998 Angleterre Qualitatif - descriptif</p>	Entrevues semi-structuré	Explorer les perceptions des intervenants vis-à-vis les patients avec un trouble concomitant.	20 participants. Moyenne d'âge inconnue. Inclus des infirmières (n=16) et "health care assistant" (n=4). 14 des personnes questionnées n'avaient aucune formation par rapport au trouble d'usage de substance. 11 personnes avaient de l'expérience avec ces patients.	<p>Audit results :</p> <p>During admission substance use was reported to lead to management problems in eight patients and was specifically addressed in the treatment and care plans of 10 patients. The most frequent interventions offered in descending order were: liaison with specialist services; detoxification with medication; urinalysis; counselling; omission of medications; cautioning of patients; and the instigation of structured patient observation schedules.</p> <p>Four patients were reported to have brought substances into the ward and on two occasions these had been passed on to other patients. These activities resulted in staff either cautioning, counselling or closely observing the patient and, when appropriate, their visitors. On one occasion substances were confiscated from the patient.</p> <p>Questionnaire results</p> <p>Of the 11 staff who had previous experience in substance use work seven had acquired this in specialist facilities and four through work on acute psychiatric wards. Two members of staff had received training in substance use on specialist courses whilst the remainder had acquired their knowledge through basic nurse training or as part of other generic courses. The majority of staff (n 5 14) had received no substance use training.</p> <p>Although three staff felt themselves to be adequately informed to work in this area all respondents (n 5 20) recognized a need for further training.</p> <p>The development of education packs for psychiatric patients that specifically address substance use were considered desirable, and one respondent felt compulsory aftercare may prove beneficial.</p>	Bien : Infirmières bien représentées dans l'échantillon (groupe majoritaire)
<p>« Thresholds of hope: stories of lacking generosity » Knut Tore Sælør & Astrid Skatvedt 2019 Norvège</p>	Entrevues The interviews allowed the participants to convey what they considered	« We aim to identify the barriers service users encounter. Specifically, we ask how service	9 personnes entre 20 et 60 ans	<p>Battles with bureaucracy The first theme describes a perception that many participants had of negotiating the helping services: namely, that it is something of a battle. One informant said: "it's a battle against the welfare state, that's the thing. It's terrible to have to fight against them all the time."</p>	Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes. Partie des résultats

Devis exploratoire descriptive Qualitatif	important to them, which included descriptions of experiences that hindered or diminished hope.	users experience barriers to help and assistance, and how these barriers influence their experiences of hope »			<p>Distance, disempowerment, and de-individualization Several of the participants mentioned experiences such as alienation, a reduction in dignity, and powerlessness in meetings with the Norwegian Labor and Welfare Administration (NAV).¹ Several described feeling distanced from the services they required.</p> <p>Lack of information and communication resulted in what one of the participants characterized as a state where his “whole body [was] becoming tense because of this uncertainty, and [I was] unable to influence anything myself.”</p> <p>No clean slates The participants provided several examples of obstacles and thresholds that they considered unreasonable or unfair. For example, being unable to make up for previous infractions or to start with a clean slate could contribute to exclusion—not just from health care and social services, but also from society as a whole.</p>	applicable uniquement au contexte norvégien (législations).
« Improving services for individuals with a dual diagnosis: a qualitative study reporting on the views of service users » Petra K. Staiger ¹ , Anna C. Thomas ¹ , Lina A. Ricciardelli ¹ , Marita P. Mccabe ¹ , Wendy Cross ² , & Greg Young ² 2011 Australie Analyse thématique Quali	Entrevues semi-dirigées	« The aim of the current qualitative study was to explore service experiences (barriers to treatment and suggestions for improvements) from the perspective of those with this type of dual diagnosis »	44 personnes avec trouble concomitant sévère (validé par critère diagnostique)		<p>Barriers to treatment</p> <p>Knowledge barriers Not knowing that services existed A major issue confronting some participants was a lack of knowledge about available services. Discovering how to get in contact with services could be one of the ‘hardest things’</p> <p>Referrals do not always happen Breakdowns in the referral process appeared to affect timely treatment for both disorders but particularly AOD treatment. A common referral point was a GP but the process sometimes broke down with not all participants having a GP that they felt comfortable with and not all GPs referring appropriately.</p> <p>Structural barriers Delays in response during a crisis Many participants reported feeling dismissed or unheard when presenting in crisis, particularly at entry points such as EDs, inpatient withdrawal programmes and MH triage.</p> <p>Participants talked about the inability of some services to adapt to individual circumstances including employment commitments (I14, M, 47 years), limited finances (I23, F, 49 years; I28, F, 32 years; I33, F, 31 years), transportation issues (I28, F, 32 years) and dependents.</p> <p>Improving services</p> <p>More education needed Service users indicated that there was a need to educate both workers in the field and the wider community about MH, AOD abuse and, in particular, dual diagnosis.</p> <p>Educating the workers It was clear from comments that some workers needed further training to increase understanding and reduce judgemental attitudes towards clients with both MH and AOD issues.</p> <p>Educating the general community Related to the barriers created by a lack of service knowledge, people talked about increasing public awareness of available services.</p> <p>Seeing the whole person A need for services to address issues beyond MH and AOD misuse was identified. It was important for clinicians to know about concerns such as isolation, housing, limited social support and family/parenting roles.</p>	Manque d’informations sur l’échantillon.

				<p>Building, maintaining and extending relationships Service users also revealed a need to build, maintain and extend relationships, emphasising their desire for professionals to move beyond treating the presenting illness.</p> <p>Building relationships Participants talked about the importance that 'connecting' with workers and building a 'relationship' had for recovery.</p> <p>Maintaining relationships It was also important for workers to maintain relationships with clients to retain them in treatment.</p> <p>Following up with participants who were vulnerable, depressed or who had missed appointments was viewed as important.</p> <p>Extending relationships Descriptive data (Table I) reported on the lack of social supports available for this group and there were other indications of social isolation.</p>	
<p>« A qualitative analysis of case managers' use of harm reduction in practice » Emmy Tiderington Victoria Stanhope Benjamin F. Henwood 2013 États-Unis Qualitatif Approche ethnographique</p>	<p>Data were collected through participant observation and by conducting semi-structured interviews.</p>	<p>« This study seeks to explore how harm reduction is both understood and shaped by the relationships and communication between providers and consumers. » Question de recherche: « How do Housing First case managers understand and implement harm reduction support services? »</p>	<p>10 résidents dont l'âge moyen est de 29,4 ans 14 gestionnaires de cas travaillant en santé comportementale (depuis moyennement 4.6 ans) incluant des travailleurs sociaux, infirmières, conseillers en abus de substances et pairs aidants spécialisés.</p>	<p>3.1. The relationship as the catalyst Within an emergent model of harm reduction in Housing First practice, the quality of the relationship between consumer and provider often dictated the communication between the two parties regarding consumers' drug use.</p> <p>3.2. The open secret Where consumers were not open about drug use, this often became a barrier to good communication between the providers and consumers, although providers understood this to be influenced in part by consumers' previous experience with abstinence based programs. One provider described a particular consumer's use as an "open secret": something obvious to all, but a topic that the team felt little ability to engage the individual around after he had resolutely refused to acknowledge his use despite reports of it from neighbors and other providers.</p> <p>3.3. A holding environment When neither provider nor consumer chose to directly discuss the consumer's substance use, provider participants described this as a point in time during which the relationship could be used to develop the trust needed to eventually explore reducing harmful use.</p> <p>Reaching a threshold The times that providers did choose to be direct with consumers about their use, without waiting for the consumer to broach the subject, only occurred after much forethought and lengthy discussions in team meetings. In most instances the providers felt it was necessary to confront the consumers because their safety or wellbeing was in jeopardy.</p> <p>3.5. Emergent model of harm reduction practice From these findings emerged a heuristic model of harm reduction practice that highlighted the profound influence of the consumer-provider relationship on the paths of communication between consumer and provider regarding substance use.</p>	<p>Échantillon n'inclue pas uniquement des jeunes adultes. Les infirmières ne représentent pas le bassin le plus important parmi les intervenants inclus dans l'échantillon.</p>
<p>« Getting in and getting out whole: Nurse-patient connections in the psychiatric setting » Judith E. Van Sant, Barbara Pattersen</p>	<p>Observation participative</p>	<p>« The purpose of this article is to present an evidence-based model of the process of</p>	<p>12 infirmières</p>	<p>Influencing Factors All participants described dynamic interrelated nurse or patient factors that facilitated or inhibited their connecting with patients.</p> <p>Decision Point The influencing factors led nurses to a decision point: to connect or not to connect with a patient. This decision appeared to have been initially subconscious, later evolving into a</p>	<p>Bien : Échantillon inclue que des infirmières.</p>

2013
États-Unis
Qualitative

	<p>connecting with patients' emotionalpain in the psychiatric/mental health setting »</p>			<p>conscious choice. For some, this conscious decision process was always active. Self-Awareness As depicted by its centrality in the model (see Figure 1), self-awareness touches, and therefore influences, all facets of the model. For Betty, "the core of this is knowing yourself... believing in yourself." Self-Protection/No Self-Protection Both with and without protection, nurses navigated the same steps of the process. Each discussed or displayed cognitive, emotional, physical, and/or energy-related ways of protecting themselves during connections, applied singularly or in combination, to avoid becoming "too involved." Some nurses exhibited no self-protection by not mentioning and not demonstrating selfprotection examples during descriptions of connections. Step 1: Identifying with Patient/Healer As depicted within the parallel circles in the model, all nurses identified with the patient or with a healer, both with and without self-protection. Step 2: Getting to Where the Patient Is The nurses described or demonstrated ways of intellectually, emotionally, energetically and physically experiencing or associating with the patient's pain, some with and some without protection. Step 3: Giving Self Each participant described instances of giving of one's personhood according to personal philosophy, experience, and individual style. Step 4: Getting Out The act of "getting out," or leaving the cognitive, emotional, energetic, and physical associations with patients' pain was accomplished in four ways, in part depending on whether nurses used self-protection. Outcomes Decisions both to connect and not to connect brought both positive and negative outcomes. Participants did not progress through the process of connecting in a linear fashion. Nurses' selectivity in choosing with whom they would and would not connect determined those outcomes. Negative Outcomes Negative outcomes are defined as personal or professional results of connecting with patients' emotional pain that nurses viewed as "damaging to themselves." Terry described negative outcomes from not connecting with any patients at all. Releasing/Refilling Methods Nurses' releasing and refilling behaviors emerged as key facilitators enabling nurses to work through many of the initial negative outcomes of connecting. Positive Outcomes As depicted in the model (Figure 1), for many participants, the ultimate outcomes of connectedness were personal and professional satisfaction, growth, and effectiveness, even when pain was carried or triggered.</p>	
<p>« Challenges and struggles: lived experiences of individuals with co-occurring disorders » Anna Liza D. Villena Catherine A. Chesla</p>	<p>Informants, who gave informed consent, were each interviewed twice for approximately 60 minutes.</p>	<p>« Articulate the challenges and struggles that persons with COD encounter when managing their</p>	<p>20 participants dont 65% sont atteints de dépression, 15% (n=3) de bipolarité, 10% (n=2) d'un trouble schizo-affectif et 10%</p>	<p>Interpersonal Relationships With the Health Care Provider Overlooking One's Lived World The utmost challenge for persons with COD in attempting to cope with chronic illnesses was convincing providers of their needs.</p>	<p>On ne peut pas savoir l'âge des participants, on a seulement accès à un âge moyen (échantillon</p>

<p>2010 États-Unis Devis qualitatif avec approche herméneutique interprétative</p>	<p>Interviews were taperecorded and transcribed verbatim. The goal for each interview was to elicit clear and concrete narrative accounts about the participant's current experience and reflection on that experience.</p>	<p>medical health issues while at the same time living with a psychiatric illness and substance abuse or dependence »</p>	<p>(n=2) de schizophrénie. 15% (n=3) utilisent en concomitance des substances illicites. Âge moyen de 51 ans.</p>	<p>Disrupted Trust Informants articulated that “trust” was integral to the formation of any type of relationship, especially with their health care providers. Negotiating and Navigating an Arduous Health Care System Individuals with COD frequently depend on the government for their health insurance. Maneuvering the Maze Cate was a 52-year-old Native American woman with multiple chronic illnesses, including breast cancer. On the day of her breast surgical evaluation, she was informed that her Medicaid coverage had been discontinued; hence, her surgery and chemotherapy were initially delayed. Cate's anger fueled her determination to solve this problem. Reaching the Limits Informants with health insurance described insurance limitations and/or capitations as impasses to their health management. Limits on coverage for prescription drugs can increase the use of acute mental health services among low-income patients with chronic mental illnesses, increase costs to the government, and increase pain and suffering for patients. Unstable Shelter Informants who lived in SRO hotels perceived their unstable, unkempt, and crime-ridden housing and neighborhoods as barriers to improving and/or maintaining their health. Unkempt and Precarious Housing Patrick lived in an SRO hotel where the property posed health risks like rodent and bed bug infestations. He described how his current living situation, specifically the uncontrolled bed bugs, led to severe mental distress and to “the verge of a breakdown at one time.” Wet Housing There are three types of housing offered to individuals with COD—wet housing (where drugs and alcohol use were tolerated), dry housing (where drug and alcohol use were not tolerated), and damp (where drugs and alcohol were permitted outside the housing). Wet or damp housing has societal and individual benefits for people who are not interested in changing their substance use.</p>	<p>n'inclue pas uniquement les jeunes adultes). Des résultats sont très ancrés dans la réalité américaine, notamment, au niveau du 3e thème identifié.</p>
<p>« Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting » Katheleen Wadell et Ingela Skarsater 2007 Suède Qualitatif - descriptif</p>	<p>Entrevue semi-dirigée</p>	<p>« The aim of this study is to describe mental psychiatric health nurses' experiences of caring for persons with the dual disorders of major depression and alcohol abuse »</p>	<p>11 participants (infirmiers) entre 33 et 64 ans. 9 femmes et 2 hommes.</p>	<p>Enabling a High Level of Cooperation with Patients Creating a Relationship Based on Trust The nurses believed that the creation of a trusting relationship with the patient and ensuring that the patient has confidence in the care received was most important. Mapping out the Situation Together with the Patient The nurses collected information in order to gain a holistic view of the patient's life and tried to be sensitive about the meaning of what the patient said. It was essential for the patient to narrate his or her own history and describe the kind of help that was most needed. Ways of Approaching the Patients The nurses had various ways of behaving towards the patients as well as different views of what kind of treatment was the most suitable. Thus, the nurses provided the kind of care that they believed in and thought best for that particular patient. Facilitating Continued Care and Treatment Being Aware of the Patient's Fragility Patients with DD were perceived as fragile and nurses were aware of the risk that the</p>	<p>Bien : échantillon concerne que les infirmières.</p>

				<p>patients might try to injure themselves. DD patients are at risk of suicide and more prone to accidents compared to persons with other conditions.</p> <p>Making the Alcohol Problem Clear to the Patient Open discussion of the patient's alcohol problem was a prerequisite for care and treatment. When the nurses and physicians believed that a patient had a problem with alcohol they tried to gain evidence by means of increased observation as well as blood tests in order to verify the alcohol abuse in an objective way.</p> <p>Informing and Motivating The nurses considered it important that they help the patient gain insight into his or her alcohol abuse, motivate him or her to stop drinking, and encourage the patient to comply with the treatment.</p> <p>Establishing a Social Network as a Basis for Continued Treatment The nurses mapped out the patient's professional social network, from the hospital as well as the community, after which the patient had the opportunity to discuss and plan together with the persons in that network, leading to a feasible care plan.</p> <p>Understanding Barriers to Cooperation</p> <p>Not Daring to Talk About Alcohol The nurses rarely asked the patients about their alcohol consumption, as they were afraid of causing offense. Some nurses were of the opinion that the patients were so severely depressed that they were incapable of answering such questions.</p> <p>Denying the Alcohol Problem Denial was a hindrance to optimal treatment. The nurses found it difficult to deal with patients who denied alcohol abuse, despite being admitted to the ward in a state of intoxication or with pathological liver function related to alcohol abuse.</p> <p>Refusing to Assume Responsibility The nurses believed that it was not their responsibility to ask the patient questions about his or her alcohol consumption, as the general opinion on the ward was that this was a question for the physicians.</p> <p>Taking Action Without the Patient's Consent The nurses sometimes received orders from physicians to carry out extensive tests in order to investigate suspected alcohol problems, at times without informing the patient.</p> <p>Providing Care Under Time Pressure Based on Unclear Instructions The treatment provided to patients with DD was mostly arbitrary and based on what the physician on duty at the time considered best.</p>	
<p>« The effect of congruence in patient and therapist alliance on patient's symptomatic levels » Sigal Zilcha-Mano John Snyder George Silberschatz 2017</p>	<p>Questionnaires sur l'alliance thérapeutique, le dysfonctionnement psychologique et la profession du patient (inconfort subjectif, relations interpersonnelles,</p>	<p>« The present study evaluated the effect of the congruence between patient and therapist alliance rating on symptomatic levels 1 month later in treatment. To</p>	<p>127 participants âgés entre 18 et 50 ans présentant une variété de problèmes de santé mentale tels que des problèmes relationnels, l'abus de substances, l'anxiété, la dépression, les troubles</p>	<p>Consistent with our first hypothesis, patient and therapist ratings of the alliance were significantly correlated, and patients rated the alliance higher than did their therapists. The correlation between the two informants' reports was found to be low-to-moderate and significant, $r(117) = .25, p = .01$, much lower than the minimal correlation level required to assume that the two scores examine exactly the same construct. Similarly, when examined together in the same model, only therapist alliance made a significant unique contribution to predicting the patients' symptomatic levels. But at</p>	<p>Oui la 1ère auteure vient d'Israël, mais l'étude a été menée aux États-Unis, donc bien généralisable au contexte québécois.</p>

<p>Israël (mais autres auteurs aux États-Unis) Devis naturaliste Régression polynomiale et analyse de surface</p>	<p>performance sur le plan social)</p>	<p>further contribute to the ecological validity of the alliance-symptoms literature, the present study focused on the association between the patient's symptomatic levels and the strength of patient and therapist alliance as it occurred in applied settings. »</p>	<p>d'adaptation, troubles bipolaires, etc. Beaucoup de participants présentaient un trouble concomitant, *mais il faut savoir que les troubles graves liés aux substances étaient un critère d'exclusion* 21 thérapeutes ont participé dont le nombre moyen de patients ayant été traités par ces thérapeutes durant l'étude était de 6,05.</p>		<p>the lower levels of the average patient and therapist alliance, symptom severity decreases as the average patient and therapist alliance decreases. In other words, agreement on a stronger alliance predicts lower symptoms, unless the patient and therapist agree on a low alliance, in which case the poorer the average alliance is, the lower the symptoms are.</p>	<p>Cependant, on a surtout étudié la relation thérapeute-patient, on ne peut pas considérer que cette relation est la même dans un contexte de soins où l'infirmière joue le rôle de principal accompagnateur. Échantillon ne cible pas uniquement des jeunes adultes.</p>
<p>« Blamed and Ashamed: The Treatment Experiences of Youth with Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders and Their Families» Federation of Families for Children's Mental Health 2001 États-Unis Littérature grise</p>	<p>Focus groupe avec les jeunes et autre avec les proches</p>	<p>« The purposes of this study were to offer youth and their families the opportunity to reflect on and give voice to their experiences, to identify their successes and concerns, and to formulate recommendations so that a national audience might learn from their experience and improve services »</p>	<p>150 participants rassemblant des jeunes vivant avec un trouble concomitant âgés entre 13 et 28 ans et des membres de leurs familles</p>		<p>Youth identified many sources where they would seek information. These included professionals or service programs such as school counselors, narcotics anonymous, or community mental health centers, as well as family members and friends. A few did not know where they would go. In choosing where to go, knowing that the source had experience with the issues and was reliable and trustworthy was important. All youth thought other youth were the best source of information and suggested ways their personal strengths and talents could be used to distribute information (i.e., public speaking, writing poetry, rapping, youth crisis and warm lines). Most reported that family life was really bad when they were using drugs. The few youth who felt there was little or no impact on their family attributed it to their family not knowing about their problem. Youth felt punished and abandoned when they were sent away. They felt "put away," as if they didn't belong anymore. The youth talked mostly about their experiences with counseling — individual and group or family sessions. Their descriptions of these sessions were very powerful and also very negative. Youth felt 'talked-at,' ignored, 'set-up', blamed, and disempowered by counselors. Youth stated that they wanted counselors who listened to them, who could see their strengths, who were not judgmental, and who could advise them about strategies for getting along with parents or working on their problems. Youth emphasized the importance of neutrality and strength. They want treatment staff to be fair, focus on the positives (rather than the negatives which was the general rule), and be strong enough to keep all sorts of personalities in balance. Youth tended to describe their first interviews as a formal event with a professional asking a lot of questions or someone filling-in</p>	<p>Des résultats ont été récoltés chez les parents également, pas que les jeunes. Écrit centré principalement sur les recommandations plutôt que les résultats des focus groupes. Échantillon comprend des jeunes âgés de moins de 18 ans et de plus de 25 ans.</p>

				<p>forms that had to be signed. They would have preferred situations that were more personal.</p> <p>Youth see the inter-relationship between mental health problems and substance abuse. They reported that substance abuse treatment without mental health treatment doesn't work. They recommend getting off drugs and combining medication and working on the "real issues." They value programs that help them find out who they are.</p> <p>All youth stated that their mental health or emotional problems existed before they got involved with drugs or alcohol.</p> <p>About a third had no aftercare program. Comments from those who did were generally positive but for some, "It was the same — I hate going." What works seems to be an individualized approach.</p> <p>Youth were fairly evenly split on whether their mental health or substance abuse issues were more important to focus on at the start of treatment. Those who favored treatment for their substance abuse problems focused on the physical danger they were in or their lack of awareness of their mental health problems.</p> <p>The vast majority of youth were forced into treatment by their parents or a court. They all wished they had gone into treatment voluntarily. However, they acknowledged that they were resisting treatment at the time.</p> <p>The underlying theme in all the youth responses was having choices and having a say in decisions.</p> <p>Youth were universally more comfortable telling people about substance abuse problems. They felt that there is a general understanding of substance abuse and alcoholism but there is limited understanding and great stigma associated with mental health problems.</p> <p>Most youth reported they would go to family members or supportive and understanding friends. The words they used to describe the individual they would seek out showed they recognized the family members who can be trusted to offer help and support without judgement. They emphasized trust.</p>	
<p>« Le vécu d'adolescents toxicomanes en traitement présentant des comportements suicidaires » Cynthia Ledoux Natacha Brunelle Karine Bertrand 2011 Canada (Trois-Rivières) Qualitatif exploratoire Approche phénoménologique S'inscrit dans une étude plus large avec devis mixte longitudinal Analyse thématique des données</p>	<p>Entrevues semi-structurées</p> <p>« Documenter en profondeur l'expérience pluridimensionnelle des adolescents qui présentent des comportements suicidaires en ce qui concerne leur processus de rétablissement au cours de la période de six mois suivant l'admission en traitement. En vue de mieux</p>	<p>27 participants divisés en deux sous-groupes : 1) Âge moyen de 15,2 ans rapportant des comportements suicidaires 2) Groupe de comparaison âgé en moyenne de 15,7 ans. L'ensemble des participants étant considérés comme des jeunes toxicomanes et suicidaires.</p>		<p>Motifs de l'entrée en traitement La raison la plus fréquemment rapportée par les adolescents du GS pour expliquer leur motivation à entrer en traitement est le fait de vouloir imiter une personne significative de leur entourage qui était toxicomane et qui a cessé de consommer après un traitement spécialisé. Les jeunes nomment qu'ils sont encouragés par cette personne ou constatent les changements réalisés par celle-ci et se croient capables de changements similaires. Dans la plupart des cas, cette personne est un pair, mais il peut aussi s'agir d'un membre de la famille.</p> <p>Vécu en traitement : objectifs et sentiments En ce qui a trait aux objectifs initiaux du traitement, les jeunes du GS ne visaient pas un arrêt complet de leur consommation. Ils souhaitaient plutôt réduire leur consommation ou la cesser temporairement dans l'espoir de pouvoir ensuite consommer occasionnellement.</p> <p>Changements perçus La consommation Sur le plan de l'évolution de leur consommation, tous les jeunes du GS ont connu une diminution</p>	<p>Cible une population qui présente exclusivement une situation suicidaire, donc un trouble de santé mentale bien précis. Échantillon n'inclue pas uniquement les jeunes adultes.</p>

	<p>comprendre les particularités de leur expérience, un sous-objectif de l'étude est de la mettre en contraste avec celle d'adolescents toxicomanes en traitement ne rapportant pas de tels comportements »</p>			<p>de leur consommation de SPA au cours de la période de six mois suivant leur entrée en traitement et certains sont abstinents au moment de l'entretien. Parmi les jeunes qui poursuivent leur consommation, plusieurs considèrent qu'elle est maintenant moins problématique.</p> <p>Les relations interpersonnelles Sur le plan des relations familiales, les jeunes qui en parlent indiquent que la thérapie a permis de les améliorer. Des changements dans la communication, un nombre réduit de conflits et un rétablissement du lien de confiance sont souvent mentionnés.</p> <p>Les comportements suicidaires Les comportements suicidaires rapportés par le groupe GS semblent se présenter sous deux formes. Dans le premier cas, les jeunes décrivent des événements difficiles qui se produisent dans une période de temps restreinte où ils font un passage à l'acte suicidaire. Cette situation est rapportée par les jeunes autant dans la période précédant l'entrée en traitement que pendant les six mois suivant celle-ci.</p> <p>L'aide reçue pour la santé psychologique Les hospitalisations, pour des raisons telles que des comportements suicidaires ou d'autres problèmes psychologiques, sont relativement fréquentes parmi le nombre restreint de jeunes du GS ayant reçu des services formels.</p> <p>Les particularités du groupe suicidaire Pour justifier l'entrée en traitement ou la motivation à modifier la consommation, on retrouve une première différence importante entre les groupes, soit l'influence d'un modèle positif ou négatif pour les jeunes du GS. Les jeunes du GS voient les changements positifs réalisés par des personnes modèles qu'ils se sentent en mesure de répliquer ou constatent les difficultés vécues par un autre et veulent éviter d'emprunter une trajectoire de vie similaire.</p>	
<p>« Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement » Hélène Simoneau Stéphane Guay 2008 Canada (Montréal) Littérature grise : recension des écrits</p>	<p>N/A</p> <p>« Décrire l'état des connaissances au sujet des conséquences de cette co-morbidité sur le traitement. Une attention particulière sera portée aux hypothèses susceptibles d'expliquer les processus qui influencent la persévérance en traitement, puis des pistes de recherche seront proposées afin d'accroître la compréhension de ces processus et</p>	<p>Pas de descriptif sur les études incluses dans cette recension des écrits</p>		<p>Co-morbidité TUS/TSPT et persévérance en traitement</p> <p>Hypothèse 1 : L'automédication L'hypothèse de l'automédication a été proposée afin d'expliquer la forte corrélation entre le TSPT et le TUS. Selon cette hypothèse, les individus utilisent les substances psychotropes pour gérer les symptômes du TSPT (par ex. : insomnie, hypervigilance, détresse psychologique, etc.) (Khantzian, 1985, 1997). Parmi les hypothèses étiologiques, l'automédication est celle qui reçoit le plus de soutien empirique (voir Stewart et Conrod, 2003 pour une recension des écrits sur les relations fonctionnelles entre le TUS et le TSPT).</p> <p>Hypothèse 2 : La faiblesse de l'alliance thérapeutique Le concept d'alliance thérapeutique définit la relation entre un thérapeute et un client. Il existe plusieurs conceptualisations théoriques de l'alliance et la majorité d'entre elles contiennent les trois éléments suivants : 1) la nature collaborative de la relation thérapeutique ; 2) le lien affectif entre le thérapeute et le client; et 3) la capacité du client et du thérapeute à s'entendre sur les objectifs et les tâches reliés au traitement (Martin et coll., 2000). Il s'agit donc d'un working relationship, une collaboration axée sur la tâche qui implique une confiance réciproque.</p>	<p>Ne cible pas explicitement la relation, mais certains résultats la concernent.</p>

« Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions »
M. W. Adams
2008
Angleterre
Recension des écrits

	ainsi fournir des éléments essentiels à la conception de traitements mieux adaptés à la réalité des survivants de trauma »			<p>Obstacles qui proviennent de l'usager Parmi les changements reliés à l'événement traumatique, les pensées et les croyances sont perçues par plusieurs auteurs, notamment Janoff-Bulman, comme étant au cœur de la problématique (Cason et coll., 2002).</p> <p>Obstacles qui proviennent des réactions du thérapeute Du côté des réactions du thérapeute, Najavits (2000) décrit un phénomène qu'elle qualifie de paradoxe du contre-transfert. Selon ses observations, les thérapeutes ont tendance à être trop gentils ou trop sévères avec les usagers aux prises avec ces troubles concomitants.</p> <p>Hypothèse 3 : Le manque de soutien social Le concept de soutien social réfère aux fonctions assumées par le réseau d'un individu. On distingue les fonctions globales qui rehaussent le bien-être général, telles que l'intégration sociale et l'estime de soi, des fonctions spécifiques qui représentent l'aide dirigée vers la solution d'un problème particulier (Cohen et Wills, 1985). L'influence du soutien social peut s'avérer tantôt bénéfique, tantôt néfaste.</p> <p>Obstacles pratiques En plus des hypothèses susmentionnées, des obstacles pratiques reliés à la faible scolarité et la précarité d'emploi des usagers aux prises avec la co-morbidité TUS/TSPT pourraient contribuer à l'abandon du traitement (Riggs et coll., 2003).</p>	
	<p>Bases de données ciblées : Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed and Psych-Info</p> <p>Search terms included combinations of the words: dual diagnosis, comorbidity, coexisting, concurrent, staff, professionals, workers, attitudes, perceptions and views.</p>	<p>« To ascertain mental health professionals and allied workers attitudes and perceptions towards comorbidity, perceptions on the effectiveness of service systems, and perceptions of personal knowledge and skill in providing effective interventions »</p>	<p>Études évaluées par les pairs et publiées en anglais entre 1996 et 2006</p> <p>18 études incluses dont 5 d'Australie, 10 du Royaume-Uni et 3 des États-Unis.</p> <p>Milieux de soins ciblés par les études incluses : médico-légal; unité d'admission; équipes de gestion de crises; équipes de proximité; combinaison d'équipes en milieu hospitalier et communautaire; infirmières en santé mentale travaillant en milieu psychiatrique ou en toxicomanie; professionnels en milieux ruraux; intervenants qui travaillent avec clientèle avec comorbidités; intervenants qui travaillent spécifiquement avec</p>	<p>Key issues reported in the review</p> <p>Attitudes and perceptions towards comorbidity Seven studies offer broadly positive outcomes with respect to attitudes and perceptions to comorbidity. Barry et al. (2002) found that clinical staff recognized self-medication as being a prime factor for substance misuse among people with comorbidity, thus suggesting a basis for non-punitive beliefs.</p> <p>Perceived effectiveness of service systems The literature offers an almost universal negative perception of the effectiveness of service systems which provide care to people with comorbidity. Carey et al. (2000) reported that participants perceived a lack of institutional and educative support which impairs integrated treatment.</p> <p>Perceptions of personal knowledge and skills Six of the studies specifically investigated actual and perceived adequacy of knowledge, experience and skills in caring for people with comorbidity. Of these three reported a mostly pessimistic picture.</p>	<p>Manque d'informations sur les études incluses pour permettre transférabilité des résultats à la réalité des jeunes adultes + infirmières.</p>

		comorbidité : PTSD + conso. Toutes à devis quantitatif, sauf 2 avec approches qualitatives.				
« "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year » Marian Ádnanes Sissel Steihaug 2016 Norvège Qualitatif Approche analytique avec méthode à quatre étapes	Entrevues semi-dirigées (32 entrevues sur une période de 1 an)	« We explore the experiential considerations of continuity of care. We aim to capture how young adult mental health service users experience treatment and care, focusing on the meanings associated with (dis)continuities and episodes occurring in their pathway, in the course of one year »	9 utilisateurs de services âgés entre 18 et 30 ans dont 5 ont rapporté être atteint d'une maladie mentale grave, 4 d'un trouble de personnalité et 1 de trouble bipolaire (manie). 3 présentaient un problème majeur avec l'alcool et autre abus de substances.		The problem of shifts and transitions The service user's experience of treatment and care were much affected by shifts between different institutions, units, or between practitioners, and difficult transitions between them. The important relationship between user and provider The participants spoke about the importance of being "seen" as a person, being understood, respected and taken seriously, and feeling that the provider cared about them; in short, that the inter-personal "chemistry" was right. The desire for explanation, adequate treatment, and progress Participants were concerned with the cause of their mental health difficulties, but reacted differently to their diagnoses. One considered the diagnosis good to know. The need for information and user involvement Most participants used a passive language when they talked about how they "were admitted" and "were discharged." Several said they were admitted to hospital without requesting in-patient stay and were then transferred from one department to another without being consulted, before ultimately being discharged before they felt ready to be so. Many described the negative effects of this uncertainty and unpredictability resulting from not being involved.	Les jeunes avec le trouble concomitant représentent le 1/3 des participants à l'étude. Certains jeunes adultes sont âgés de plus de 25 ans.
« Transcending the Professional–Client Divide: Supporting Young People with Complex Support Needs Through Transitions » Kathy Ellem Louisa Smith Susan Baidawi Adrienne McGhee Leanne Dowse 2020 Australie Qualitatif multi-méthodes Intègre des éléments méthodologiques associés à la recherche-action participative Findings are part of a larger Australian Research Council (ARC) Linkage project, "Lost in Transition" Analyse de contenu pour les données associées à la cartographie du corps et avec ses résultats et les	Entrevues semi-structurées et cartographie du corps	« Explore the lived experiences of transition for young people with complex support needs. Complex support needs refers to a combination of co-occurring needs experienced by a young person which can include but are not limited to: cognitive and learning disabilities; mental illness and other impairments; physical disabilities; substance misuse; behavioural difficulties; social	38 participants dont 31 âgés entre 16 et 26 ans ont participé à la cartographie du corps et 7 âgés entre 18 et 24 ans ont participé aux entrevues		Positive Experiences of Paid Relationships Affirming a Young Person's Identity Through Listening and Respect Relationships with paid workers were at times integral to young people's experiences of transition and the identities they constructed during these critical times of change. Acts of Potent Meaning in Young People's Lives Young people showcased connections with workers whose actions addressed crucial needs and made practical contributions to their lives. Many young people talked about workers who were able to identify pathways through disruption or crisis. Personalising the Professional–Client Relationship While participants consistently identified that workers' actions could substantially impact their lives, young people also described relationships with workers as reinforcing their worth, generating a sense of belonging and being cared for. Such relationships were often viewed as personally significant. Negative Experiences of Paid Relationships Uncaring Paid Relationships In contrast to the relationships with workers described above, participants also reported interactions with workers that were far from what they needed or envisioned. Rather than strengthening young people's self-efficacy and resilience, these interactions and relationships produced no, negligible or negative practical outcomes, such as destabilising living arrangements, being	Manque de définitions quant à la notion des besoins complexes des participants. On sait seulement qu'un des critères d'inclusion était le suivant : « experience of two or more of the following: having resided in out-of-home care; living with intellectual or other cognitive disability; experiences of mental illness; homelessness or housing insecurity;

transcriptions des entretiens, analyse des données par méthodes associées à la théorisation ancrée.

« Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use »
V. Howard
J. Holmshaw
2010
Angleterre
Devis mixte avec sondage ('Co-occurring Mental Health and Illicit Substance Use Perceptions Questionnaire') et entretiens
Analyses statistiques quantitatives
Analyse thématique des données qualitatives

	disadvantage and social isolation »			assaulted by police, feelings of abandonment, hopelessness and distrust. Instability in Young Person-Worker Relationships The traumatic and intense nature of many of the transitions experienced by young people with complex support needs, along with the frequent fragmentation and loss of valued relationships during these times, meant that many young people were highly sensitised to instability in their lives. As Jess shared, "I think just stability is just a massive thing with all this happening."	specialist or alternative education; problematic drug and alcohol use; and/or police or youth justice contact »
Entretiens + questionnaires	« To identify key themes from multidisciplinary staff, regarding their views and experiences in working with mental health inpatients who use illicit substances. In particular, the study was designed to explore factors which participants felt helped and hindered them in working with inpatient service users with these co-occurring issues »	84 participants au questionnaire dont 41 infirmières (49%), 5 du personnel médical, 5 ergothérapeutes, 6 chefs de service, 16 aides-soignants et 11 autres professions 10 participants parmi ceux-ci ont complété les entretiens dont 2 infirmières, 2 du personnel médical, 2 aides-soignantes, 2 d'autres professions, 1 d'ergothérapie et 1 parmi les gestionnaires de service.		Questionnaire results An IndependentSamples t-test was carried out to compare DDPPQ scores between participants who had received training in illicit substance use (M = 63.6, SD = 16.2) and those who had not received training (M = 80.1, SD = 17.9; t = -4.15, P = 0.000), indicating a less negative attitude towards drugs and drug users in those who had received training. The magnitude of the differences in the means was large (eta squared = 0.18). The relationship between DDPPQ scores and the length of time that staff members had been in their current role was assessed using Pearson Product-Moment Correlation Co-efficient (2-tailed). No statistically significant correlation was found (r = -0.164, n = 79, P = 0.163). Interview results 1. Working with illicit substance users Participants discussed the differences between working with those patients who solely experienced mental health problems compared to patients experiencing mental health problems and who use illicit substances. 2. Team attitudes Team attitudes and the influences these attitudes could have in relation to chosen interventions and therapeutic approaches were identified by all interviewees. 3. Team communication and problem solving within multidisciplinary meetings Effective communication was highlighted as the most important factor in enabling teams working with the illicit substance using client to work together and adopt consistent approaches. 4. Trust policies and local area protocols Most of those interviewed reported a lack of clarity in policy and procedures, especially regarding the tolerance of drug taking behaviour. 5. Concerns with legality The Misuse of Drugs Act (Amendment) Order (2008) says it is an offence that any persons involved in the management of any premises knowingly allow certain activities involved with illicit drug use to take place. 6. Staff support structures Inpatient staff interviewed for this study were very appreciative of the support structures available to them. They particularly valued individual and group supervision and training provision. However, most interviewees (two-thirds) reported a lack of support in the following areas, not being able to access a supervisor with knowledge within the area of illicit drug use, managers being very busy and difficult to access for further advice and supervision structures not being in place.	Bien : Infirmières représentent près de la moitié des participants.

				7. Training Training was identified as any intervention which would increase knowledge and develop clinical skills, whether this is further knowledge gained through work experience or more formalized educational programmes.	
« “Walking alongside:” collaborative practices in mental health and substance use care » Ottar Ness Marit Borg, Randi Semb Bengt Karlsson 2014 Norvège Qualitatif longitudinal Recherche-action avec perspective de recherche sur la coopération Analyse thématique des données	Focus groupe en trois temps (collecte de données étendue sur trois mois)	« To provide practitioners’ own perspectives on collaborative practice in working together with young adults with co-occurring mental health and substance use problems and their families. The research question for this study was: How do mental health care practitioners understand and describe collaborative practice with service users who are young adults with co-occurring mental health and substance use problems and their families? »	8 infirmières en santé mentale et 2 travailleurs sociaux	Walking alongside through negotiated dialogues The participants in this study described how collaborative practices with young adults with co-occurring mental health and substance use problems and their family members involved “walking alongside” them. Maintaining human relationships Another issue explored in the focus groups was about not giving up and maintaining human relationships. This requires practitioners to have continuity and time to “be there, over time together with people,” as one said. Maneuvering relationships and services Practitioners discussed collaborative practices as involving maneuvering relationships and services. Because the services in the municipality (and elsewhere in the Norwegian health care) are organized in quite a fragmented manner, the participants agreed that “there are so many actors that you are going to collaborate with—the service user, family members, schools, general practitioners, social services, colleagues, other services etc.—that I find it very difficult to maneuver in this myriad.”	Bien : infirmières représentent le groupe majoritaire dans l’échantillon.
« “Sorting things out together”: Young adults’ experiences of collaborative practices in mental health and substance use care » Ottar Ness Øyvind Kvellob Marit Borga Randi Semba Larry Davidson 2017 Norvège Qualitative Fait partie de la recherche-action mentionnée ci-dessus (Ness et al., 2014) Approche phénoménologique herméneutique	Entrevues individuelles semi-structurées	« To explore and describe the perspectives of young adult service users with cooccurring mental health and substance use problems on collaborative practices with practitioners. The research question for this study was “how do young adults service users with co-occurring mental health and	7 jeunes adultes âgés entre 20 et 30 ans recrutés de Mental Health, Substance Use and Child- and Family Services	Don’t fix me or judge me The young adult service users in this study described good collaboration with practitioners as starting with respect and as a valuable human being. This was evident when providers took the time to listen and talk with the young adult service users and were not too eager to initiate plans and programs “for” the person before getting to know him or her first. Not giving up The young adult service users in the study described that they appreciated hopeful and broad-minded practitioners that conveyed a belief in them. This involved practitioners being receptive, unconventional, and flexible in their ways of collaborating. Several of the young adult service users had experiences of practitioners that seem more interested in following the system routines than working with the person in front of them. Someone to sort issues out with The young adult service users described that having a trusting relationship with practitioners when they needed help was important. For example, the young adult service users described that their everyday life could be challenging	On sait que les jeunes présentent probablement un trouble concomitant, mais on manque d’informations qui décrivent exactement l’échantillon de l’étude. Il ne faut pas négliger la petite taille de l’échantillon qui limite la généralisation des résultats.

Analyse thématique des données

	<p>substance use problems understand and describe collaborative practice with community mental health practitioners?" »</p>			<p>and appreciated practitioners who could help them to sort out the daily problems they encountered. Practical help Although the young adult service users described that it was helpful to have hopeful and open-minded conversations with practitioners, these conversations were not the only things that helped.</p>	<p>Échantillon comprend des jeunes âgés entre 25 et 30 ans.</p>
--	---	--	--	--	---

Annexe E – Thèmes, sous-thèmes préliminaires et codes associés

Thèmes préliminaires	Sous-thèmes préliminaires³	Codes associés
Un système de santé rigide	L'obstacle de la bureaucratie	Bureaucratie barrière + importante qu'avant parce qu'économie mise à l'avant plan
		Bureaucratie = obstacle à gestion de sa santé
		« Don't make it hard to look for a better way out »
		« It's not really set up »
		Système ne changera pas parce que normes + attitudes des intervenants sont transmises
	L'argent derrière l'intervention	Faible satisfaction des soins
		Économie mise à l'avant plan = intervenants peuvent éviter prodiguer soins optimaux
	Conditions de travail difficiles pour les intervenants	Médecins se foutent des personnes parce que se concentrent à faire de l'argent
		Conditions de travail inflexibles + surcharge = difficile collaboration
		Passer autant de temps à gérer bureaucraties que d'aider la personne
	Attentes déraisonnables pour recevoir des services	Plus d'administration = moins de temps collaboration avec les personnes
		Temps requis pour accéder à des services influence leur utilisation
		Durée de temps (des mois) pour avoir un rendez-vous = frustration du jeune
		Déceptions répétées + attentes déraisonnables = accès difficile aux services auxquels ils ont droit
		Recevoir des services seulement quand ta vie est ruinée
	Devoir se battre contre le système	Déceptions répétées + attentes déraisonnables = distribution injuste des services
		Impression de devoir négocier ses services d'aide
		Se battre contre le système de santé
		Pour avoir aide des services : nécessaire mobiliser beaucoup d'énergie
		Se battre pour avoir des soins parce qu'étranger au système de la société
Intervenants qui ne répondent pas au besoin = méprisant		
Intervenants qui ne répondent pas au besoin en promettant du soutien qui n'arrive jamais		
Services incapables de s'adapter aux circonstances individuelles des personnes		
Les services multiples	Devoir dire son histoire à plein de nouveaux intervenants = risque d'abandonner	

³ Le fond de l'encadré de couleur rose indique que le sous-thème est associé aux perspectives des jeunes adultes alors que la couleur jaune est associée aux perspectives des intervenants.

		<p>Systèmes fragmentés + difficiles à comprendre pour les personnes</p> <p>Trouble concomitant : confrontation à multiples services</p> <p>Jeunes + intéressés à utiliser des organisations « one-stop shop »</p> <p>Avoir trop de points de contacts (intervenants) = problème</p>		
Soins en contexte de trouble concomitant	Besoin de soins	<p>Personnes ont besoin qu'on prenne soin d'eux</p> <p>Relation intervenant-personne surtout importante pour personnes avec trouble concomitant parce qu'ont peu de soutien émotionnel</p> <p>Intervenants aident à réfléchir + par rapport aux problèmes qui dépassent les personnes</p> <p>Intervenant = aide pour avoir contrôle sur sa vie</p> <p>Utiliser des services en santé mentale pour jeunes = réduction consommation</p> <p>Utilisation des services augmente en présence du trouble concomitant</p> <p>Besoin d'aide + services élevé, mais fréquence d'utilisation faible</p> <p>Intervenants façonnent identité des personnes</p> <p>Intervenants redonnent confiance en les relations</p> <p>Intervenants contribuent au développement de la personne</p>		
		Services pour la vie quotidienne	<p>Services qui répondent aux besoins de base des jeunes encouragent 1^{er} pas vers gestion trouble concomitant</p> <p>Infirmière répond aux besoins quotidiens = appréciation de la personne</p> <p>Aide pour répondre aux besoins quotidiens = 1^{er} pas vers une nouvelle vie</p> <p>Infirmière répond aux besoins quotidiens = augmentation estime personnelle de la personne</p> <p>Nouvelle vie où besoins de base répondus plutôt que besoins de consommation</p> <p>« You don't know how to make your pyramid [pyramide des besoins] »</p> <p>Offrir du soutien pratique = démonstration que relation importante pour l'intervenant</p> <p>Obtenir soutien pratique = apprendre à le faire soi-même = augmente respect de soi-même</p>	
			Soins personnalisés et centrés sur la personne	<p>Soins infirmiers personnalisés et humains = augmentation estime de la personne</p> <p>Soins infirmiers individualisés = important</p> <p>Chaque personne est différente DONC soins infirmiers doivent être différents aussi</p> <p>Jeunes approuvent le service qui répond à leurs besoins individuels</p> <p>Négliger contexte de vie de la personne = menace gestion des conditions médicales</p> <p>Traitement selon stade de changement de la personne = favorise son engagement</p>

		Intérêt des intervenants aux différentes sphères de la vie = important
Soins teintés de respect et d'humanité		Être traité avec respect = crucial à l'adhérence au traitement
		Être traité avec respect dans l'institution pas qu'avec l'intervenant
		Respecter valeurs importantes de la personne offre stabilité dans sa vie
		Personne traitée comme un humain = crucial et précieux
		« You feel yourself as a human »
		Reconnaissance de la sagesse intérieure des personnes
		Bonne collaboration via respect de l'intervenant qui considère humanité de la personne
		Patience de l'intervenant = sentiment d'être traité comme un humain qui peut faire ses proches choix
		Traiter avec dignité et acceptation
		Respect de l'intégrité et de la vie de la personne
		Voir l'unicité de la personne et pas l'abandonner
	Soins teintés de caring	
		Infirmières pourraient montrer plus d'amour et caring
		Intervenants caring : essentiel pour construire motivation à l'égard du traitement
		Intervenant va au-delà de ses fonctions professionnelles = sincèrement caring
		Relation de caring = élan vers changement positif
Soins considèrent la fragilité		Fragilité des personnes avec trouble concomitant = plus à risque d'auto-agression (suicide)
		Infirmières surprises du niveau d'autodestruction de la personne
		Perception que personnes avec trouble concomitant = particulièrement fragiles
		Vigilance particulière des infirmières vu fragilité de la personne
		Risque d'être impliqué émotionnellement
		Importance que les infirmières soient claires au niveau de ses valeurs et attitudes vu fragilité de la personne
Soins sensibles et compréhensifs		Intervenants ressentent sympathie pour personnes avec trouble concomitant
		Empathie par rapport à fonction de la consommation chez la personne
		« I find them the saddest client group »
		Tristesse = émotion ressentie en traitant personnes avec trouble concomitant
		Infirmière tente d'être sensible à la signification du discours de la personne
	« They don't have to see the world our way »	

		Examiner conséquences des comportements de la personne avec approche de compréhension « [...] where you finally feel understood by another human being. That makes all the change possible »
Relation inégale	Conformité au traitement	Encourager la personne à se conformer au traitement = important
		Difficulté des intervenants avec personne qui a problème à intégrer traitement
		Améliorer pronostic trouble concomitant via compliance traitement
		Motiver la personne à arrêter de boire = important
		Difficile de motiver la personne à arrêter de consommer
	Contrôle et supériorité	Contrôle = résistance de la personne
		Focuser sur l'abstinence = personne quitte le traitement
		Non ouverture des personnes : influencée par expérience de soins passées pro-abstinence
		Attitude négative de l'intervenant = augmentation résistance de la personne
	Règles de consommation sur l'unité	Conso de substances sur l'unité = punition
		Inspection de la chambre + expérience de contention = pas parler avec l'infirmière
		Infirmières inspectent pour chercher drogues = inconfortable
		Prohibition dans les milieux de soins = aidant pour certaines personnes
		Renforcement des règles de prohibition = plus sécurisant
		Prohibition = aidant pour ex-toxicomanes + ceux tentent de cesser consommation
		Relation de confiance + compassion dans les soins = conformité aux règles
	Communication dictatoriale	Style de communication dictatoriale = avoir des exigences envers l'autre
		Communication dictatoriale = relation de compétition plutôt que coopération
Style de communication dictatoriale = parler aux personnes plutôt que de les écouter		
Se sentir pas écouté = laisser de côté en situation de crise		
Intervenants qui n'écoutent pas = perte de confiance à leur égard		
Intervenants supérieurs aux patients		
Sentiment d'être contrôlé par le personnel		
Le personnel contraint liberté + choix des personnes		
Style de communication dictatorial = intervenant qui abuse de son pouvoir		
Relation difficile à construire	Isolement et difficulté à faire confiance	Sentiment d'être étranger à la société si important que retrait + isolement
		Réhabilitation réussie = réhabilitation hors du système
		Les jeunes se sentent bizarres et n'ont nulle part pour se sentir normaux

		Difficile de faire confiance et de s'ouvrir aux intervenants
		Nombreuses expériences de traitement non concluantes = long de faire confiance aux intervenants
		Défi de faire confiance au personnel pour administrer soins avec compassion
		Prend du temps d'apprendre à faire confiance au personnel pour administrer soins avec compassion
	Stigmatisation	Difficile de demander de l'aide, car risque d'être étiqueté comme sal, prostitué ou s'injectant des drogues
		Peur d'être jugé par intervenant = pas demander médicament pour sevrage
		Stigma = barrière à l'utilisation des services par les jeunes
		C'est émotif pour les jeunes l'expérience de la stigmatisation
		Le stigma des intervenants = perception des jeunes d'être stigmatisé
		Recevoir aide insuffisante parce que perçu comme toxicomane
	Réticence à construire la relation	Réticence à construire la relation = pas demander de l'aide aux intervenants
		Crainte profonde + rancune à l'égard des soins de santé
		Réticence à construire la relation = pas partage de détresse + difficultés émotionnelles à l'intervenant
		Intervenants qui ne répondent pas aux besoins = relation non sécuritaire et non propice à l'expression émotionnelle
		Risque de rejet diminue = personne plus encline à outrepasser sa crainte associée à la relation
		Relation importante pour l'intervenant = pas crainte de la personne d'être jugée ou maltraitée
		Développer relation avec intervenant = initiative risquée
	Jugements et préjugés	Peur d'être jugé par les intervenants
		Peur de la relation avec les intervenants, car impression d'être jugé par eux
		Important absence attitudes négatives et de jugements
		Peur d'être jugé + rejeté découle d'expériences antérieures
		Perçu comme « treatment failure »
		Par son langage corporel + comportements, intervenant démontre son jugement sur la personne
		Les personnes ont internalisé les jugements d'autrui sur leur conso + leur droit aux soins
	Fin de la relation	Peur d'être jugé + rejeté découle d'expériences de congés forcés

		Appréhensions sur comment prendra fin la relation avec l'intervenant
		Crainte que l'intervenant mette fin à la relation en raison de la consommation
		Absence de son intervenant = obstacle majeur à l'amélioration de l'état
		Roulement du personnel = sentiment d'être abandonné
		Appréhensions sur présence fiable et constante de l'intervenant
		Roulement du personnel = stresser pour les personnes
		Crainte de perdre des services = réticence à réussir le traitement
	Le « bon » patient	Pour éviter les conséquences sur la relation = vouloir être vu comme un bon patient
		Être vu comme un bon patient = avoir l'air prêt et motivé à se rétablir
		Être vu comme un bon patient = se conformer aux règles de l'unité
	Travail amer	Prendre soin des personnes avec trouble concomitant = amertume des intervenants
		Travail auprès des personnes avec trouble concomitant : polarise les équipes de soins
		Intervenants qui n'aiment pas travailler avec personnes qui ont trouble concomitant
		Relation intervenant-personne avec niveau faible de satisfaction
		Travailler avec personnes qui ont trouble concomitant = sentiment de frustration
Frustration parce que personnes avec trouble concomitant répondent lentement au traitement		
Frustration parce que personnes manquent leur rendez-vous		
Frustration parce que personnes ont pauvre capacité de jugement		
Travailler avec personnes qui ont trouble concomitant parce que c'est ça la job		
Manque de connaissance des intervenants	Compréhensions divergentes du trouble concomitant	Malgré grande consommation d'alcool : infirmière le considère rarement assez sévère pour être + qu'un problème
		Abus d'alcool : non traité comme problème spécial
		Si beaucoup de personnes avec conditions variées : trouble concomitant pas prioritaire
		Ressources financières faibles + courte hospitalisation = abus d'alcool non priorisé
		Abus d'alcool perçu comme moins important qu'autres troubles donc non priorisé
		Important de traiter personnes avec trouble concomitant le + vite possible pour prévenir troubles + sévères
		Opinions variantes sur abus alcool comme symptôme de dépression ou sa cause
	Abus d'alcool s'améliore avec traitement dépressif donc pas besoin de se concentrer là-dessus	
	Intervenant se sent dépassé par	Compréhension limitée du trouble concomitant = manque de connaissances + compréhension des stratégies d'intervention

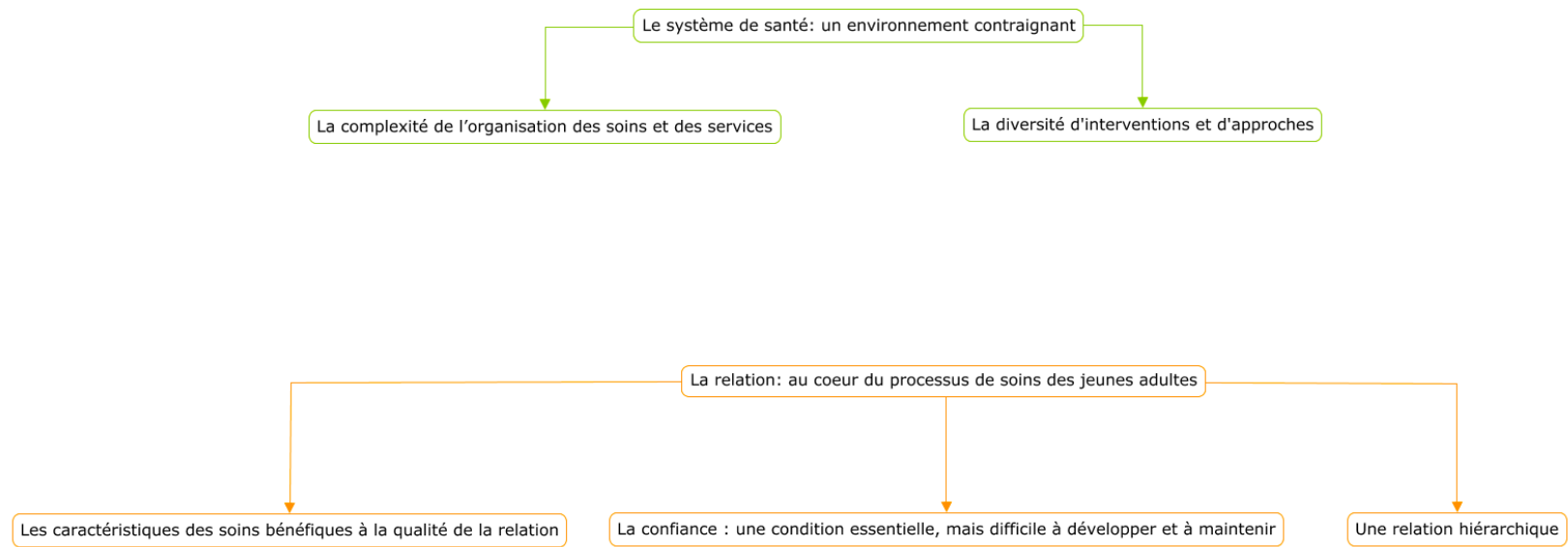
	l'intervention auprès de la personne	Intervenants ne savent pas comment intervenir adéquatement
		Manque d'éducation des intervenants = manque compétences + connaissances sur trouble concomitant
		Formation initiale des intervenants limitée au niveau du trouble concomitant
		Donner des soins aux personnes avec trouble concomitant avec essais et erreurs
		Intervenants devraient avoir formation sur trouble concomitant avant début emploi en psychiatrie
		Infirmière ne parle pas de consommation parce que manque de formation
		Formation sur consommation = moins attitude négative reliée à consommation
		Manque de connaissance entraîne situations humiliantes comme incapacité à répondre aux questions des personnes
		Confronté à un 1 ^{er} client qui présente trouble concomitant = sentiment d'être dépassé
		Nervosité + naïveté + être dépassé = sentiment d'être inadéquat
		Intimidant de travailler avec personnes qui ont un trouble concomitant
		Confronté à un 1 ^{er} client qui présente trouble concomitant = nervosité
	Confronté à un 1 ^{er} client qui présente trouble concomitant = naïveté	
	Connaissances sur le trouble concomitant favorisent accompagnement	Intervenant bien informé = caractéristiques désirées par la personne
		Impression qu'intervenant peut aider en situation de crise = crucial à l'adhérence au traitement
Parler avec un intervenant formé pour le faire		
Un intervenant qui a des options à proposer		
Les influences de l'utilisation des services	Importance de la relation pour l'utilisation des services	Manque d'écoute parce qu'intervenant mal informé
		Besoin de + d'éducation pour augmenter la compréhension du trouble concomitant
		Relation jeunes-intervenants = influence clé sur l'engagement dans les services
		Importance de connecter et de construire relation intervenant-personne
	Flexibilité des soins	Relation intervenant-personne génère sentiment d'appartenance
		Expérience de soins améliorée par qualité de la relation intervenant-personne
		Jeunes pour approche de réduction des méfaits : pas aidant d'être refusé par services lorsque consommation alors que c'est le moment où ils ont besoin d'aide
		Critères restreignent l'accès aux services = frustration du jeune
		Manquer un rendez-vous = réprimande + refus d'accès aux services = risque pour la santé
		Vouloir des intervenants flexibles

		Utilisation des services par les jeunes favorisée par flexibilité de l'offre à ceux sans identité reconnue valable
Vision de l'engagement		Obstacle majeur travail avec trouble concomitant = engagement du jeune
		Il faut être prêt à changer pour s'engager dans les services
		Pour succès : faut personne prête à lutter pour une meilleure vie
		Il faut être motivé pour s'engager dans les services
		Plus enclin à accéder aux services quand on décide soi-même d'y aller
Coordination entre les services		Manque de suivi des intervenants = entrave au traitement
		Fossés significatifs entre les services = augmentation conséquences sur l'état de santé des jeunes
		Lacunes au niveau coopération entre intervenants
		Utilité des services intégrés
		Utiliser des services intégrés = meilleure appréciation des personnes
		Absence de services intégrés = frustrant
		Incapacité d'accéder aux services pour trouble concomitant si dans un autre secteur (comme milieu judiciaire)
		Échec dans le transfert des jeunes entre les services
Continuité dans les soins		Intervenant est responsable de maintenir contact avec la personne
		Persistance de l'intervenant = facteur responsable pour changement de comportement en consommation
		Important persistance des intervenants qui continuent de tenter de rejoindre le jeune malgré appels non retournés
		Multiplés systèmes : travailler en parallèle pour éviter perdre la personne
		Important de prodiguer des soins stables sur le long terme
		Soins sur le long terme prouvent continuité des soins
		Importance de la continuité + demeurer présent avec le temps
		Soins stables illustrent qu'intervenant tolère et est capable d'en prendre
La motivation		Personnes avec trouble concomitant : ont un manque général de motivation dans leur traitement
		Très difficile de motiver personne à accepter leur problème
		Manque de motivation des personnes = impuissance + vulnérabilité des intervenants
		Éviter d'avoir rôle actif en thérapie = pas prêt à changer
		Divergences entre ce que je dis et ce que je fais = pas prêt à changer

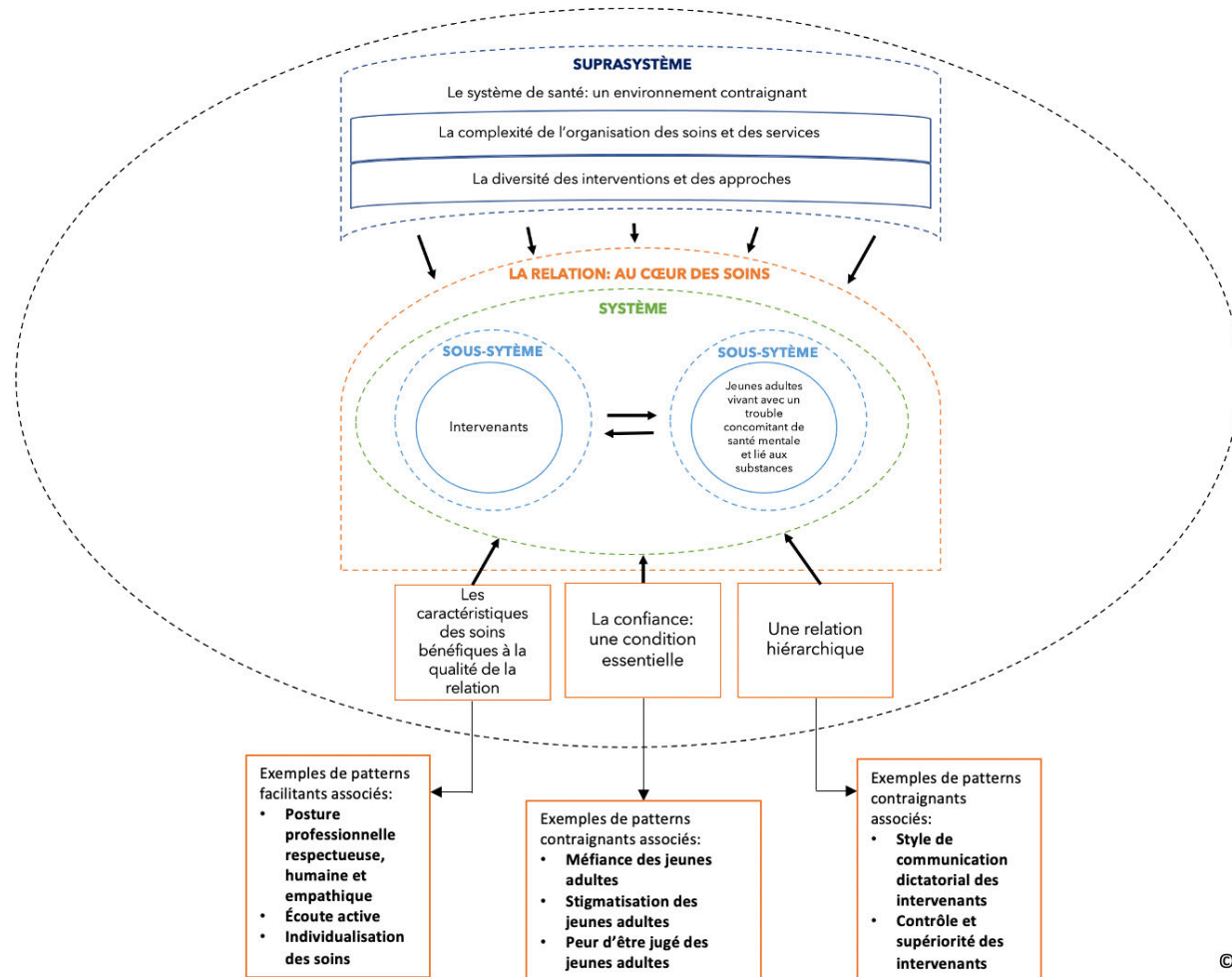
Importance de la relation	Connexion entre la personne et l'intervenant	Connecter avec la personne comme une personne à part entière
		Connecter efficacement dans la relation = être ouvert à la personne
		Bonne relation = valorisation forte du contact + compréhension + confiance de la personne
		Bonne relation personne-intervenant : central au traitement
		Établir et maintenir bonne relation est essentiel
		Créer relation de confiance avec la personne = important
		Importance de la relation thérapeutique
		Bonne alliance thérapeutique début traitement se poursuit dans le temps
		Infirmière apprend à connaître la personne = aidant
		Infirmière porte attention aux sentiments des personnes = aidant pour en apprendre sur elles
		Processus de déterminer qui et comment est une personne pour l'accommoder = aidant
		Intervenant apprend de la personne
		Important d'apprendre à connaître l'intervenant avec le temps
		Relation personne-intervenant teintée par les caractéristiques individuelles de la personne
	Personnes avec bonnes attitudes par rapport à médication = meilleure alliance thérapeutique	
	Personnes qui ont un faible revenu = meilleure alliance thérapeutique	
	Personnes dépressives + dysphoriques = meilleure alliance thérapeutique	
	Connexion influencée par diagnostic + expériences passées associées	
	Diminution symptôme = meilleure alliance thérapeutique	
	Perception réciproque de la bonne alliance thérapeutique = faibles symptômes de la personne	
	Outil thérapeutique que représente la relation	Relation avec 1 intervenant = outil thérapeutique important
		Bonne relation permet que personne aborde sujets émotionnellement difficiles
		Bonne relation permet que personne vit nouvelles expériences relationnelles + positives
		Important nouvelles expériences relationnelles parce que personne a vécu relations antérieures difficiles
		Bonne relation répare la personne de ses mauvaises expériences passées
		Relation avec 1 intervenant ouvre la porte à futures relations constructives
		Bonne relation permet + d'écoute de la personne à l'égard de l'intervenant
		Bonne relation permet la personne écoute + intervenant qu'autres personnes

		Relation de confiance gâchée = compromet soins + traitement de la personne
	Relation sécuritaire	Confidentialité des discussions avec l'intervenant
		Personnes sollicitent de la sécurité dans leur relation avec intervenants
		Présence de relations de confiance et de caring = espace sûr
		Recevoir des soins plein de compassion = sentiment d'être en sécurité
		Impression d'être en sécurité = stratégie de coping dirigée vers intervenants plutôt que consommation
		Prévisibilité du traitement = sentiment d'être en sécurité
		Intervenants minent sécurité + dignité de la personne = perte de confiance à leur égard
	Relation reposant sur l'écoute	Écoute de l'intervenant = démonstration que relation importante pour l'intervenant
		Écoute active de l'infirmière = aidant
		Écoute active de l'infirmière = approfondissement des connaissances + compréhension sur la personne
		Plus important = écoute de l'infirmière
		Écoute active de l'infirmière = sentiment d'être bizarre diminue
		Écoute active de l'infirmière = sentiment d'isolement social diminue
		Écoute active de l'infirmière = diminution stigmatisation
		Être écouté sans jugement = expérience positive
		Collaboration = prendre le temps d'écouter + parler avec personne
		Manque d'écoute parce que intervenant manque de temps
Diversité d'approches de soins	Approche motivationnelle	Utiliser approche motivationnelle
	Approche de confrontation	Certaines infirmières utilisent approche de confrontation = personne doit prendre + de responsabilités
		Miser sur autonomie + responsabilité = moyen de promouvoir changement de consommation
	Approche paternaliste	Certaines infirmières utilisent approche paternaliste = personne est victime et pas obligé de prendre une responsabilité
	Approche cognitive	Certaines infirmières utilisent approche cognitive = sans tenir compte besoins de la personne
	Approche des 12 étapes	Approche des 12 étapes : risque personne avec trouble concomitant soit mal perçue
Réduction des méfaits	Réduction des méfaits : offre opportunités de voir les personnes	

	Réduction des méfaits : suspendre propres valeurs + jugements
Intégration des proches	Important d'intégrer + les membres des familles
	Personnes vivant avec leur famille = meilleure alliance thérapeutique
Intégration des loisirs	Combinaison activités récréatives + professionnelles encourage engagement des jeunes
	Promotion santé psychosociale par temps dédié aux loisirs
	Promotion santé psychosociale par offre d'activités récréatives
	Plus d'activités récréatives = réponse au besoin des personnes d'être diverties
	Plus activités récréatives = réponse au besoin des personnes d'être gardées occupées
	Promotion santé psychosociale par offres d'expériences et de ressources venant des infirmières
Créativité des intervenants	Intervenants créatifs + en mode solution = reçoit désaccords de collègues parce que système inflexible
	Vouloir intervenants non-conventionnels
	Intervenants suivent routine du système + que travail avec les personnes
	Trouver « cool » l'intervenant
	Intervenant avec sens de l'humour = caractéristique désirée par la personne
Approche psychoéducatrice	Utiliser une approche psychoéducatrice avec personnes qui ont trouble concomitant
	Enseigner stratégies de coping aux personnes avec trouble concomitant = source de gratitude
	Enseigner sur la santé = renforce l'alliance thérapeutique
	Personnes manquent de connaissances au niveau dépression + conséquences de consommation d'alcool
Divergence d'opinions sur soins souhaités	Pour répondre aux besoins de tous = chaque organisation adopte approche distincte (réduction des méfaits ou abstinence)
	Réduction des méfaits = accentue difficulté à réduire consommation, car jeune influencé par consommation des autres qui utilisent même service
	Jeunes pour réduction des méfaits perçoivent trop barrières dans l'abstinence
	L'intervenant qui décourage la consommation ou la prévient permet à la personne de se protéger contre son addiction
	Intervenants focus sur les problèmes de consommation = entrave au traitement

Annexe F : Carte thématique découlant de l'analyse thématique des données

Annexe G : Schéma conceptuel de la revue intégrative



Annexe H : Instructions de la revue scientifique à l'intention des auteurs

Tiré de Association de Recherche en Soins Infirmiers. (2021). *Instructions aux auteurs*.

<https://www.asso-arsi.fr/index.php/publications/revue-rsi/s-abonner/item/142-instructions-aux-auteurs>

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

LA LIGNE ÉDITORIALE

Recherche en soins infirmiers (RSI) est une revue indépendante française à comité de lecture qui publie depuis 1985 dans l'espace francophone international. Elle propose chaque trimestre des articles scientifiques portant sur les divers domaines du soin (clinique, gestion, enseignement) et activités sur la santé (recherche, méthodologie) provenant de toute la francophonie.

La revue a pour but de diffuser des études en sciences infirmières et disciplines connexes en vue d'engager les professionnels dans une pratique basée sur des données scientifiques et dans des activités qui vont contribuer au développement des connaissances en sciences de la santé permettant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux diverses clientèles.

Dans un esprit ouvert à l'interdisciplinarité, ce lieu de publication vise à favoriser le débat épistémologique sur les concepts et théories permettant une construction disciplinaire centrée sur la promotion de la santé de la personne dans son environnement.

LES RUBRIQUES

Rencontre : articles relatifs à une discussion : présentation argumentée et documentée d'une réflexion épistémologique, éthique et/ou philosophique ou encore sur un thème d'actualité.

Méthodologie : articles relatifs à une approche méthodologique, présentant l'analyse critique d'une méthode, d'un outil, d'un concept, d'une théorie.

Recherche : publication de recherches selon les exigences académiques, de revues de littérature.

Variation : publication de travaux ayant un intérêt pour les soins, la clinique, la recherche, publication d'études portant sur une évaluation de pratique professionnelle.

Biographie : publication d'articles présentant la vie et l'œuvre d'un auteur.

Emergence : publication d'études préliminaires aux recherches (études exploratoires, études pilotes).

LES ÉTAPES DE LA SOUMISSION JUSQU'À LA PUBLICATION D'UN ARTICLE

Les tapuscrits d'articles originaux doivent obligatoirement être soumis directement sur la plateforme Editorial Manager® accessible via le site www.asso-arsi.fr à la rubrique Publications > Revue RSI > Proposer un article.

Le texte soumis doit être conforme rigoureusement aux instructions aux auteurs.

Tous les tapuscrits sont soumis au minimum à deux experts relecteurs pour un examen en double aveugle.

La rédaction se réserve le droit de refuser un article pour des raisons qui lui sont propres, ou de proposer aux auteurs, le cas échéant, des modifications, tant sur le plan du contenu que sur celui de la forme. Le choix des articles étant déterminé par la ligne éditoriale du comité de rédaction, il n'est pas possible de s'engager sur une date de parution.

Avant la dernière mise en page de la revue, il est demandé à l'auteur de relire, pour vérification et validation, son article au format PDF et de le retourner sous sept jours impérativement. A ce stade, il s'agit d'un ultime contrôle sans rajout possible.

Les textes soumis sont préparés spécifiquement et uniquement pour la revue Recherche en Soins Infirmiers. Les textes acceptés deviennent la propriété de l'éditeur et ne peuvent être reproduits dans d'autres publications en tout ou en partie sans l'autorisation de l'éditeur. L'éditeur a les droits exclusifs de l'article, de sa reproduction et de sa vente dans tous les pays. La revue Recherche en Soins Infirmiers se réserve le droit de modifier la disposition et les exigences de style, et de clarifier la présentation.

Lors de la parution de l'article il sera adressé à chaque auteur principal un exemplaire de l'article.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

RSI apparait dans la liste des revues reconnues par l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Ainsi les instructions aux auteurs suivent les « *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals* » que vous pouvez consulter à cette adresse : <http://www.icmje.org/>

Une traduction de la Haute Autorité de Santé est également proposée sur ce site : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/>

Formatage du texte

Le texte sous format Word doit respecter les points suivants :

- la police Times New Roman, 12 points avec simple interligne, justifié et paginé
- toutes les lignes du texte doivent être numérotées (fonction Word : mise en page>numéros de lignes>continu)
- la longueur du texte (titre, résumé, figures, tableaux, références et annexes compris) ne doit pas excéder 25 pages ou 100 000 caractères espaces compris (20 000 pour la rubrique Emergence)
- le nombre de références ne doit pas excéder 50 citations ou 15 citations pour la rubrique Emergence. Les articles portant sur une analyse de concept ou une revue de littérature ne sont pas limités en nombre de références.
- les numéros de un à dix sont écrits en toutes lettres, sauf s'ils sont utilisés comme une unité de mesure ou dans les figures et tableaux
- les unités de mesure : données cliniques et biologiques sont indiquées en unités métriques (cm, g/l, mmHg, mg, kg, kg/m² ...)
- les sigles et acronymes : formuler l'intitulé in extenso lors de la première apparition dans le texte avec le sigle ou l'acronyme entre parenthèses. Si plusieurs lettres servent à composer l'acronyme, seule la première lettre du premier mot est en majuscule. Exemples : Adeli (Automatisation des listes), Haute autorité de santé (HAS), Association de recherche en soins infirmiers (Arsi).
- ne pas utiliser les caractères gras ou soulignés dans le texte
- ne pas utiliser les en-têtes et les pieds de page
- seuls, les mots en latin ou dans une langue étrangère (autre que le français) et le petit « p » en statistique sont en italiques. Les citations ainsi que les mots et expressions à mettre en relief sont placés entre guillemets.

SOUSSION DU TEXTE

Elle se fait via la plateforme Editorial Manager® et suit les étapes suivantes :

Titre

Le titre, éventuellement un sous-titre, sans abréviation ni acronyme, en français et en anglais.

Auteurs

Titre : M, Mme,
Prénom : première lettre en majuscule
Deuxième prénom (facultatif)
Nom de famille : en majuscule
Fonction(s) : métier, grade universitaire (le plus élevé ou en cours), fonction
Affiliation : affiliation(s), ville, pays
Adresse e-mail

Exemples

Julie DUPONT
Infirmière, Ph.D, Cadre de santé, CHU de Nantes, laboratoire Inserm 007, Nantes, France

Pierre MARTIN
Infirmier, M.Sc, Directeur des soins, Centre Hospitalier Dupont, Lille, France

Corinne DURAND
Psychologue, Ph.D, Professeur, Université Lumière Lyon 2, France

Juliette DUBOIS
Infirmière, Ph.Dc, Cadre de santé, Institut de formation en soins infirmiers, Nîmes, France

Liste des abréviations des grades universitaires :
B.Sc => Bachelier en sciences = Licence
M.Sc => Maître en sciences = Master
Ph.D => Docteur en sciences = Doctorat
Ph.Dc=> Doctorant en sciences = Candidat au doctorat

L'adresse électronique (impératif), adresse postale et numéro de téléphone de l'auteur chargé des relations avec la revue doivent être renseignés lors de l'enregistrement sur la plateforme. Seule l'adresse courriel figurera sur le document publié

Résumés en français et en anglais

- Chaque résumé est de 150 à 200 mots, il doit présenter pour les articles de recherche, les rubriques suivantes :
 - introduction
 - contexte : résumer la revue de littérature en une seule phrase, ce qui permet de montrer la nécessité de l'étude
 - objectifs : énoncer clairement la question principale ou l'hypothèse de l'étude en une seule phrase
 - méthode : décrire la conception de l'étude, le public

- concerné et les outils méthodologiques utilisés en trois ou quatre phrases
- résultats : décrire les principaux résultats dans un paragraphe concis. Cette section devrait être la plus descriptive
 - discussion : base de la discussion uniquement sur les résultats déclarés. Décrire toute étude supplémentaire nécessaire
 - conclusion

Ils ne doivent pas contenir de citations, ni de références.

■ Mots clés

Chaque article doit être accompagné de cinq mots-clés en français et en anglais

Les mots-clés doivent provenir en priorité du *Medical Subject Heading* (MeSH) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> et de leur traduction française provenant d'un traducteur de mots-clés (Inserm <http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm> ou HeTOP <http://www.hetop.eu/hetop/>).

Le thesaurus de la Banque de données en santé publique (BDSP) peut également être utilisé en deuxième intention <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>

■ Informations supplémentaires

Déclaration de conflits d'intérêts

Il convient de mentionner pour chaque auteur selon les cas s'il existe ou non des conflits d'intérêts. Exemple : « les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt ».

Remerciements (facultatif)

Pour les soutiens académiques et/ou professionnels, les financements de la recherche limités aux principaux contributeurs (le cas échéant).

■ Joindre le fichier du corps de texte

Afin de garantir l'anonymat de votre tapuscrit, veillez à ne pas insérer le nom des auteurs dans le fichier contenant le corps de texte (nom du fichier, en-tête ou pied de page).

Le texte du fichier joint sera organisé selon l'ordre suivant : titre en français, titre en anglais, résumé et mots-clés en français, résumé et mots-clés en anglais, remerciements, corps du texte, financements, déclaration de conflits d'intérêts, références, annexes. Les tableaux et figures seront insérés dans le corps de texte à l'endroit souhaité.

De façon générale, le corps du texte est organisé selon les chapitres suivants :

- introduction (contexte, objectifs, cadre de référence)
- matériel et méthode
- résultats
- discussion
- conclusion

Pour les articles de la rubrique biographie, l'organisation des chapitres est libre mais l'article devra contenir les éléments suivants :

- présentation de la personne, son expérience professionnelle
- ce qu'elle a produit
- les auteurs qui l'ont inspirée
- comment elle a influencé d'autres auteurs
- quels ont été les impacts sur les soins infirmiers
- dans un encart : les dates importantes de sa vie.

Notes de l'auteur (facultatif)

Il est possible d'insérer des notes explicatives ou des commentaires pour préciser une information, une situation ou un événement. Dans ce cas, les insérer avec un exposant en utilisant la fonction « insérer une note de bas de page ». Exemple : « ...depuis les trente glorieuses¹ ... ».

■ Références

Les références doivent être présentées selon les normes conseillées par l'ICMJE (ou groupe de Vancouver) se référer à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Les appels de références sont numérotés en chiffre arabe, par ordre d'apparition dans le texte, et placés entre parenthèses directement à la suite de l'élément de texte à référencer.

Si la référence est citée plusieurs fois dans un document, noter le numéro déjà utilisé.

Si plusieurs appels de référence sont cités en même temps : les séparez par une virgule. Si plusieurs appels de références concernent une liste de références consécutives : séparez la première de la dernière par un tiret.

Exemple : « En ce sens, les effets ressentis de la violence, tels que l'anxiété, les troubles du sommeil et l'absentéisme, sont conformes à ceux décrits dans les écrits scientifiques (20,26-29) ».

Pour mentionner le numéro de page d'une référence d'ouvrage, citer la page après le numéro de référence dans le texte. Exemple : (3,p.41).

A la fin de l'article, les références seront classées par numéro croissant (donc ne respecteront pas l'ordre alphabétique).

¹ Désigne une période de forte croissance économique au sein des pays de l'OCDE entre 1947 et 1974 environ (après la seconde guerre mondiale et avant le premier choc pétrolier).

S'il y a plus de six auteurs, noter nom et initiale(s) du prénom des six premiers auteurs séparés par une virgule puis « et al. ».

Les règles typographiques des références suivent la nomenclature spécifique de l'ICMJE. Les espaces avant et après les signes de ponctuation sont différents selon le type de référence (se reporter aux exemples). Seul le titre est dans la langue de la publication d'origine.

Quelques exemples :

Livre

Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 3e éd. Montréal: Chenelière éducation; 2010.

Chapitre de livre

Hamonet C. Du mot au concept : cinquante ans de construction d'idées neuves. Dans: Les personnes en situation de handicap. 7e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. p.46-55.

Jovic L. La recherche infirmière : une utilité et un défi. Dans: Rothan-Tondeur M, directeur. Recherche infirmière et paramédicale : guide de rédaction d'un protocole de recherche. Paris: Maloine; 2015. p.18-20.

Article de revue

Alderson M. Work structure in the chronic care setting: possible consequences for nurses' mental health. Can J Nurs Res. 2008 Sep;40(3):160-78.

Lefebvre H, Le Dorze G, Croteau C, Gélinas I, Therriault PY, Michallet B, et al. Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral : vers la résilience ? Rech Soins Infirm. 2013 Dec;(115):107-23. doi: 10.3917/rsi.115.0107.

L'abréviation du mois est en anglais (Dec pour December). Pour la numérotation de la page de fin, ne pas noter le chiffre des dizaines ou des centaines s'il est identique à la page de début.

Pour trouver l'abréviation du titre d'une revue, utiliser le répertoire des revues : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Thèse, mémoire

Jovic L. La clinique dans les soins infirmiers : naissance d'une discipline. [Thèse de sociologie et sciences sociales]. Lyon: Université Lumière Lyon 2; 1998.

Document en ligne

Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine [En ligne]. Paris: Drees, Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2011. [cité le 8 janvier 2015]. Disponible: <http://www.drees.sante.gouv.fr/distances-et-temps-d-acces-aux-soins-en-france-metropolitaine.8920.html>

Présentation des figures (schémas, illustrations et photographies), tableaux et annexes

Les appels des figures et tableaux dans le texte doivent apparaître en chiffre arabe et entre parenthèses : (figure 1) (tableau 1). Chaque tableau comporte un titre et chaque figure une légende. Si les figures sont empruntées à d'autres auteurs l'autorisation de les utiliser doit être requise et la source doit être indiquée.

Les annexes sont numérotées en chiffre romain et sont placées en fin d'article après les références. Les tableaux et figures doivent être fournis au format Word. Les images numérisées devraient être de 300 dots per inch (dpi) en niveaux de gris (la revue est imprimée en noir et blanc) avec un format minimum de 15 x 20 cm sauf si la résolution est intentionnellement à un niveau inférieur pour des raisons scientifiques.

Annexe I : Pattern de communication circulaire

