

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Cinq ans après : Trajectoire de consommation et processus de changement dans un  
échantillon présentant une comorbidité psychiatrique

Par

Didier Acier

Département de psychologie

Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiæ Doctor (Ph.D.) en psychologie, profil recherche et intervention, option  
clinique

Mai 2008

©Didier Acier, 2008



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Cinq ans après : Trajectoire de consommation et processus de changement dans un  
échantillon présentant une comorbidité psychiatrique

Présenté par :

Didier Acier

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

John Wright.....

Président-rapporteur

Jacques Bergeron.....

Membre du jury 1

Christopher M. Earls.....

Membre du jury 2

Natacha Brunelle.....

Examineur externe

John Wright.....

Représentant du doyen de la FES

## Résumé

Cette recherche exploratoire utilise une méthodologie mixte qualitative et quantitative. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 22 participants présentant à la fois des problèmes de consommation de substances psychoactives et de santé mentale. Les objectifs sont de : 1) dresser un portrait des variations de la consommation de substances au cours d'une période de cinq ans; 2) déterminer les éléments et processus de changement liés à ces variations de la consommation.

**Méthode.** Les participants recrutés avaient déjà été suivis lors d'une étude quantitative d'évaluation de traitement de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001). Cette recherche antérieure mesurait l'efficacité du programme spécialisé santé mentale du Centre Dollard-Cormier (CDC) à partir d'un échantillon de 197 participants. Pour les participants rejoints aux suivis de sept et 13 mois, on constate une amélioration de la moyenne à plusieurs des échelles de l'Indice de gravité d'une toxicomanie, autant pour le groupe ayant suivi le traitement que pour le groupe n'ayant pas suivi le traitement ou l'ayant rapidement abandonné. Ces résultats intrigants demandaient le développement de nouvelles pistes de compréhension. Les 22 participants ont été sélectionnés à partir de ce dernier suivi de 13 mois. Une entrevue qualitative dite « centrée » a été réalisée avec chaque participant en s'appuyant sur deux outils quantitatifs complémentaires, l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) et le *Timeline followback* (TLFB). **Résultats.** Les analyses qualitatives indiquent que les deux éléments principaux dans la progression de la consommation sont les effets des substances (processus d'auto-médication, recherche de plaisir et dépendance physique/psychologique) et la disponibilité de ces produits. Les éléments favorisant une diminution de la consommation sont, par ordre d'importance, l'utilisation des

services, les techniques personnelles mises au point par les participants, le réseau familial, les atteintes à la santé physique, le manque de ressources financières, les activités « occupationnelles » et un processus de maturation. Au niveau quantitatif, on constate, sur la période de 1999 à 2004, une consommation de substances psychoactives qui est en diminution ou stable pour 19 participants sur les 22, avec des périodes d'abstinence, même si la consommation peut être excessive.

Mots-clés : troubles concomitants, comorbidité, troubles liés à une substance, troubles mentaux, rémission, approche qualitative, suivi longitudinal, processus de changement, efficacité des traitements, variation de la consommation d'alcool.

## Abstract

This exploratory research used a mixed quantitative and qualitative methodology. It was conducted on a sample of 22 participants with concomitant substance-related and mental health disorders. The objectives were to : 1) portray variations in the use of psychoactive substances during a five years period; 2) determine the elements and processes of change related to these variations. **Methodology.** The participants have already been followed in the study by Nadeau, Landry and Cournoyer (2001), which measured the effectiveness of a specialized program of the Center Dollard-Cormier (CDC) in the treatment of concomitant disorders from a sample of 197 participants. At the 7 and 13 months follow-up, the average of the participants ( $n = 93$ ) had improved on several levels, including their level of psychoactive substance use, as much for the group having followed the treatment as for the group that either did not follow or abandoned the treatment. The surprising results required new paths in their interpretation. The 22 participants were selected from this former 13 month follow-up. A focused qualitative interview was conducted with each participant using two complementary quantitative tools, the Addiction Severity Index in its French validated version, Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) and the Timeline followback (TLFB). **Results.** The qualitative analyses indicated that the two principal elements in the progression of consumption were the effects of substances (self medication, search for pleasure and physique/psychological dependence) and the availability of these psychoactive substances. The elements supporting a decrease in consumption were, by order of importance, use of services, personal techniques developed by participants, family network, health and finance-related, "occupational" activities, and maturation.

At the quantitative level, from the period of 1999 to 2004 the use of psychoactive substances was either declining or stable for 19 participants, with periods of abstinence, and periods of relapse with abuse.

Key-words: concomitant disorders, comorbidity, substance use disorders, mental health disorders, remission (disorders), qualitative research, follow-up study, process of change, treatment outcomes, alcohol drinking patterns.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures.....	xiii
Liste des sigles et des abréviations .....	xiv
Remerciements.....	xv
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE I PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....</b>	<b>20</b>
Contexte de l'étude.....	20
Originalité du projet.....	23
Position épistémologique.....	26
Objectifs de recherche.....	29
<i>Trajectoire de consommation de SPA.....</i>	<i>29</i>
<i>Processus de changement .....</i>	<i>31</i>
Méthodologie.....	31
<i>Description de l'échantillon.....</i>	<i>31</i>
Critères d'échantillonnage.....	38
Matériel utilisé .....	39
<i>L'entrevue qualitative.....</i>	<i>39</i>
<i>Le Timeline followback (TLFB).....</i>	<i>40</i>
<i>L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) .....</i>	<i>41</i>
Aspects déontologiques.....	42

<b>Déroulement de l'expérimentation .....</b>	<b>42</b>
<b>Analyses .....</b>	<b>43</b>
<i>Analyses qualitatives.....</i>	<i>43</i>
<i>Contre-codage qualitatif.....</i>	<i>44</i>
<i>Analyse quantitative .....</i>	<i>45</i>
<i>Analyse visuelle .....</i>	<i>45</i>
<b>Triangulation et complémentarité .....</b>	<b>46</b>
 <b>CHAPITRE II ÉTAT DE LA DOCUMENTATION ANGLOPHONE:</b>	
<b>TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE</b>	
<b>(ARTICLE I).....</b>	<b>48</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>48</b>
<b>Les données épidémiologiques (population générale).....</b>	<b>50</b>
<b>Prévalence dans les centres de traitement (population clinique).....</b>	<b>53</b>
<b>Une clientèle difficile.....</b>	<b>54</b>
<b>Les difficultés de prise en charge.....</b>	<b>55</b>
<b>Efficacité des traitements.....</b>	<b>58</b>
<b>Traitements intégrés pour les troubles associés .....</b>	<b>61</b>
<b>Qu'est-ce qu'une issue « satisfaisante » à une prise en charge?.....</b>	<b>62</b>
<b>Facteurs de rémission de consommation .....</b>	<b>65</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>68</b>
<b>Références documentaires .....</b>	<b>71</b>
 <b>CHAPITRE III LA RÉMISSION SANS TRAITEMENT : ÉTAT DE LA</b>	
<b>QUESTION POUR UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE</b>	
<b>D'ALCOOL (ARTICLE II) .....</b>	<b>79</b>

<b>Résumé</b> .....	79
<b>Abstract</b> .....	80
<b>Introduction</b> .....	83
<b>Une définition de la rémission naturelle</b> .....	85
<b>Pourquoi la rémission a-t-elle été si longtemps ignorée ?</b> .....	88
<b>Les méthodologies utilisées</b> .....	89
<b>Validité des données auto-rapportées</b> .....	90
<b>L'utilisation des services de réadaptation</b> .....	90
<b>Qu'est-ce qui empêche les gens de consulter ?</b> .....	91
<b>Les trajectoires de consommation : Les issues possibles</b> .....	91
<b>La prévalence de la rémission sans traitement</b> .....	93
<b>Facteurs déclencheurs de rémission</b> .....	95
<b>Situation dans les ethnies</b> .....	98
<b>Conclusion</b> .....	102
<b>Références documentaires</b> .....	104
 <b>CHAPITRE IV PROCESSUS DE CHANGEMENT CHEZ DES PATIENTS AVEC UNE CONCOMITANCE TOXICOMANIE - SANTÉ MENTALE (ARTICLE III)</b> .....	
<b>RÉSUMÉ</b> .....	113
<b>RÉSULTATS QUANTITATIFS</b> .....	122
<i>Pourquoi consommer? Les éléments de progression de la consommation</i> .....	126
<i>Les effets des substances</i> .....	126
<i>L'utilisation des services</i> .....	133
<i>Les « techniques » utilisées par les participants</i> .....	136

<i>La maturation ou la sagesse des années.....</i>	141
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>152</b>
<b>Principaux résultats .....</b>	<b>153</b>
1) <i>L'utilisation des services est un apport marquant.....</i>	153
2) <i>Les processus de changement sont présents mais insuffisants.....</i>	155
3) <i>La consommation est une stratégie d'adaptation lourde de conséquences.....</i>	157
4) <i>Le processus de maturation paraît « passif » plutôt qu'actif.....</i>	158
5) <i>Les relations interpersonnelles sont fragiles.....</i>	159
6) <i>La diminution de la consommation peut inclure des moments d'abstinence .....</i>	160
6) <i>La consommation de substances psychoactives peut être excessive.....</i>	162
<b>Limites de l'étude .....</b>	<b>163</b>
1) <i>L'indice de gravité d'une toxicomanie .....</i>	163
2) <i>Le Timeline followback .....</i>	163
3) <i>Les entretiens qualitatifs.....</i>	164
4) <i>L'attrition entre les temps de mesure.....</i>	164
<b>Avenues de recherche.....</b>	<b>165</b>
1) <i>La consommation, la partie visible de l'iceberg?.....</i>	165
2) <i>Privilégier une démarche prospective .....</i>	166
<b>Références documentaires .....</b>	<b>167</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>XVI</b>
<b>ANNEXE I Certificat d'éthique du CERT.....</b>	<b>xvii</b>
<b>ANNEXE II Protocole des entretiens centrés .....</b>	<b>xix</b>
<b>ANNEXE III Portraits de la consommation selon le TLFB.....</b>	<b>xxiii</b>
<b>ANNEXE IV Liste et description des codes qualitatifs utilisés .....</b>	<b>xlvi</b>

**ANNEXE V Formulaire de consentement.....lviii**

**ANNEXE VI L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie, version abrégée**

**.....lxvi**

## Liste des tableaux

Tableau I : Comparaison des données sociodémographiques aux trois temps de mesure .....	36
Tableau II : Éléments d'un traitement intégré selon l'équipe de Drake (33).....	60
Tableau III : Les différents types de rémission proposés par le DSM IV (2) .....	64
Tableau IV : Facteurs de changement selon les études empiriques .....	66
Tableau V : Processus de changement selon l'étude qualitative de Alverson, Alverson et Drake (64) .....	67
Tableau VI : Déclencheurs de rémission (par rapport aux 40 études consultées).....	96
Tableau VII : Éléments expliquant une progression ou une diminution de la consommation utilisés par au moins la moitié de l'échantillon (n=22).....	126
Tableau VIII : Techniques apprises hors des traitements et utilisées par les participants pour diminuer leur consommation de substances .....	138

## Liste des figures

Figure I : Déroulement de la recherche de Nadeau, Landry et Counoyer (2001).....	22
Figure II : Déroulement de la recherche aux quatre temps de mesure .....	30
Figure III : Distribution de la consommation un an après l'évaluation .....	98
Figure IV : Changement dans les sept échelles de l'IGT .....	123

## Liste des sigles et des abréviations

- A.A. : Alcooliques anonymes
- C.A. : Cocaïnomanes anonymes
- CDC : Centre Dollard-Cormier
- DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – IVth Edition
- IGT : Indice de gravité d'une toxicomanie (5<sup>e</sup> version, avril 2001, pour adulte)
- N.A. : Narcotiques anonymes
- P1 : Participant numéro 1
- RISQ : Groupe de Recherche et d'Intervention sur les Substances psychoactive - Québec
- SPA : Substance psychoactive
- TLFB : *Timeline followback*

## Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier ma directrice, Louise Nadeau, pour sa rigueur intellectuelle, son enthousiasme et son support indéfectible, tant au plan professionnel qu'au plan personnel. Je remercie Michel Landry, mon codirecteur, pour sa clarté d'esprit et ses judicieux conseils. Toute ma reconnaissance va aussi à ma conjointe, Joanna, qui m'a encouragé et supporté à travers les moments difficiles.

Il va sans dire qu'un travail de si longue haleine ne peut se construire sans la collaboration de nombreuses personnes. Je voudrais remercier l'équipe du laboratoire de l'Université de Montréal, Karine, Pascale-Audrey, Sarah, Marianne, anciens et nouveaux étudiants de doctorat, qui m'ont été d'une aide précieuse. Ma reconnaissance va également à mes superviseurs et collègues cliniciens du Service d'Orientation et de Consultation Psychologique de l'Université de Montréal pour leur appui au cours de ces années.

Je voudrais également souligner le soutien de l'équipe du RISQ, Lyne Desjardins, Marie France Bastien, Céline Gadoua, Louise Guyon, France Fortin pour leur support durant plusieurs étapes critiques de la thèse. Merci également au RISQ et au Département de psychologie de l'Université de Montréal pour le soutien financier qui a permis de mener cette recherche jusqu'à son terme.

## INTRODUCTION

Cette étude provient initialement d'une demande d'un groupe de chercheurs de l'équipe Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives « Québec » (RISQ) et a été commanditée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS) maintenant remplacé par le Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC). Cette thèse est le prolongement d'une étude évaluative, utilisant une méthodologie quantitative, d'un programme d'intervention spécialisé en toxicomanie et santé mentale (Nadeau, Landry, Cournoyer, 2001). Dans cette étude, il s'agissait de suivre la même cohorte de participants mais en utilisant un volet qualitatif et en s'appuyant sur les résultats de l'étude évaluative. L'étude se déroulait au Centre Dollard-Cormier (CDC), centre public de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique à Montréal. Depuis 1997, le CDC a instauré un service spécialisé pour les problématiques concomitantes de toxicomanie et santé mentale. L'étude évaluative de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) a été réalisée auprès de 197 participants à leur admission en traitement (temps I), puis à sept mois (temps II) et à 13 mois (temps III). Lors du dernier suivi, les participants rejoints (n=93) montraient des signes d'amélioration à plusieurs niveaux comparativement au temps I, les sphères relatives à la consommation de substances psychoactives indiquant notamment des différences significatives par rapport à l'admission en traitement. Parmi ces participants, certains avaient utilisé les services du CDC et d'autres s'étaient présentés à l'accueil, mais n'avaient pas poursuivi leur demande de services. En classant ces participants en deux groupes, les participants qui avaient suivi un traitement s'étaient améliorés mais, fait intrigant, il n'y avait pas de différence significative avec les participants qui s'étaient présentés à l'accueil et qui n'avaient plus utilisé de services par la suite. En

somme, les participants montraient une amélioration dans plusieurs sphères de leur vie, qu'ils aient suivis le programme d'intervention spécialisé ou non. Ces résultats amenaient à vouloir poursuivre vers de nouvelles pistes de réflexion par un deuxième volet qualitatif utilisant l'appui des premières données quantitatives.

Cette thèse est le prolongement de cette première recherche quantitative. Le cœur du travail est constitué par une méthodologie qualitative et exploratoire, susceptible d'amener un matériel plus singulier et plus détaillé que des mesures visant à évaluer les effets du traitement. Néanmoins, elle tient compte des données de la recherche de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) et réalise un suivi cinq ans plus tard via deux instruments de mesure quantitatifs qui seront présentés plus loin. Cette recherche, avec une méthodologie principalement qualitative, n'implique pas de processus hypothético-déductif. Les objectifs sont : 1) de connaître les trajectoires de consommation de substances psychoactives (SPA) de ces patients et 2) d'émettre des hypothèses sur les éléments permettant d'expliquer les variations de leur consommation. Pour cela, les entrevues qualitatives donnent la parole aux participants afin d'expliquer comment se produisent les diminutions et augmentations de leur consommation de SPA durant ces cinq années.

Cette thèse est constituée de trois articles indépendants qui ont été rédigés successivement suivant l'avancement de l'étude. Cette formule permet une transmission plus rapide et plus vaste des résultats qu'un format traditionnel de thèse. Ces trois articles ont tous été acceptés dans des revues scientifiques avec comité de pairs, et sont publiés ou en attente de publication. Toutefois, les intérêts et les exigences spécifiques des revues amènent parfois à s'éloigner du creuset de l'étude et certains éléments de contexte et de méthodologie ne sont que brièvement ou partiellement présentés dans ces

articles. Afin d'y remédier, le chapitre I constitue une présentation du contexte de thèse en abordant certaines données de l'étude de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001), les objectifs de recherche, la méthodologie, le déroulement de l'expérimentation et les analyses réalisées.

Le chapitre II est composé de l'article I intitulé « Troubles mentaux et troubles liés à une substance psychoactive » qui a été publié dans *Alcoologie et Addictologie* (Acier & Nadeau, 2005). Cet article situe la problématique des troubles concomitants en tant que groupe spécifique, décrit cette population en termes d'épidémiologie, de prévalence dans les populations cliniques et traite des caractéristiques qui leur sont propres lors des prises en charge en traitement.

Le chapitre III est composé de l'article II intitulé « La rémission sans traitement : État de la question pour une consommation problématique d'alcool » en attente de publication dans *Les Annales Médico-Psychologiques*, mais disponible sur l'Internet (Acier, Nadeau et Landry, 2006). Cet article situe le champ de la rémission sans traitement ou « rémission naturelle ». Il s'agit d'un complément au contexte théorique qui s'intéresse aux éléments et aux processus de changement s'inscrivant sans utilisation de traitement. Le développement de cet article provient d'une piste de réflexion de la recherche de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) où un groupe de participants n'ayant pas utilisé les services s'est amélioré de manière comparable à celui qui a poursuivi le traitement.

Le chapitre IV est composé de l'article III intitulé « Processus de changement chez des patients présentant une concomitance de troubles toxicomanie – santé mentale » qui a été publié dans *Santé Mentale au Québec* (Acier, Nadeau et Landry, 2007). Cet article présente les résultats et la discussion de la présente étude.

La conclusion reprend les principaux résultats de l'étude, les limites méthodologiques et formule des avenues de recherches futures.

Ces trois articles en sont en venus à former des entités distinctes et rendent parfois difficile la compréhension du cheminement scientifique, les nécessités de rédaction d'un article ne s'articulant pas toujours avec celles d'une thèse d'un format classique. Certains chapitres comportent également des répétitions.

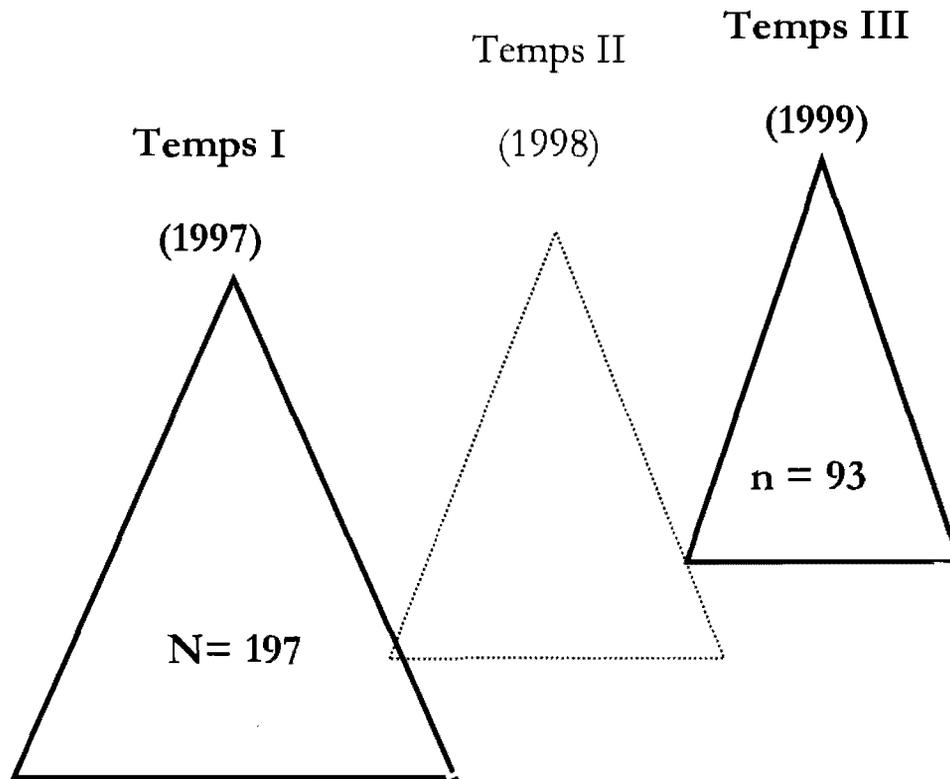
## Chapitre I Présentation générale

### Contexte de l'étude

La concomitance de troubles mentaux et de toxicomanie s'avère être un phénomène central pour les services de santé mentale et de toxicomanie. Les recherches des dernières années ont montré que les patients souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie constituent une part importante des demandes de consultation dans les centres de traitement (Crawford, Crome, Clancy, 2003). Bien que la problématique des troubles concomitants ne soit pas nouvelle, la prise en charge de cette population est un enjeu tant pour les équipes multidisciplinaires et les cliniciens que pour les patients eux-mêmes (Drake, Wallach, Alvenson, Mueser, 2002). Au Québec, la prise en charge des personnes qui souffrent d'alcoolisme et de toxicomanie est habituellement réservée aux institutions psychiatriques ou aux centres de réadaptation d'approche psychosociale. Les divergences entre les deux cultures professionnelles concernées se constatent aisément auprès de la clientèle, qui est souvent considérée comme ayant deux entités cliniques distinctes et traitées comme telles. Un patient peut demander une admission dans un service de réadaptation en toxicomanie ou dans un service de psychiatrie, mais n'y consultera qu'à quelques reprises. Il peut alors entrer dans un cycle de « va-et-vient » selon ses demandes de soins : si on constate sa consommation problématique dans une unité de psychiatrie, il peut être dirigé vers un centre de réadaptation en toxicomanie avant de pouvoir bénéficier des programmes réguliers ou, s'il présente un problème psychiatrique, il peut être re-dirigé dans un service de toxicomanie. Cet effet « ping-pong » auprès des usagers est peut-être aussi le reflet

de notre manière de considérer cette problématique de santé mentale, comme deux traditions qui ont évolué séparément et qui ont bien du mal à se rejoindre. Ces difficultés ont conduit à la création de services spécialisés proposant des traitements intégrés pour les deux problématiques. À Montréal, le Centre Dollard-Cormier (CDC), centre de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique, a mis en place un programme spécialisé pour faire face aux défis que présente sa clientèle toxicomane avec une problématique de santé mentale. À l'intérieur de ce programme, les intervenants de cette équipe ont conçu deux orientations de traitement, qui s'inscrivent dans une philosophie de réduction des méfaits. La première, l'adaptation, est une démarche qui vise l'apprentissage des habiletés personnelles et sociales de base et, ultimement, la réinsertion sociale. Elle s'adresse à des usagers désorganisés et peu intégrés socialement. Les usagers classifiés selon le type « psychotique ou trouble de la personnalité limite sévère » sont généralement référés à cette orientation. La deuxième orientation de traitement, la réadaptation, est une démarche qui vise à atteindre ou améliorer l'équilibre physique, psychologique et social de l'individu. Cette démarche vise l'exploration et la connaissance de soi selon un cadre thérapeutique. Elle s'adresse à des usagers relativement bien adaptés et fonctionnels dans la société chez qui la tendance à répondre selon un patron rigide et souvent inadéquat compromet les acquis. Les usagers du type « troubles de la personnalité fonctionnels » sont généralement référés à cette orientation. Une évaluation de ce programme spécialisé a été réalisée auprès de 197 participants à leur admission en traitement (temps I), à sept mois (temps II) et à 13 mois (temps III) (figure I), qu'ils soient ou non encore en traitement. La figure I présente le déroulement de la recherche de Nadeau, Landry, & Cournoyer (2001) aux trois temps de mesure.

Figure I : Déroulement de la recherche de Nadeau, Landry et Counoyer (2001)



Pour les participants rejoints aux suivis de sept et 13 mois, on constate une amélioration de la moyenne à plusieurs des échelles de l'Indice de gravité d'une toxicomanie : des améliorations significatives apparaissent pour l'échelle sur l'alcool ( $F(2, 86) = 15.62, p < .001$ ), l'échelle sur la drogue ( $F(2, 90) = 17.46, p < .001$ ), l'échelle sur l'état psychologique ( $F(2, 88) = 14.34 ; p < .001$ ), l'échelle sur les problèmes familiaux ( $F(2, 83) = 25.20, p < .001$ ) et l'échelle sur l'emploi et les

ressources ( $F(2, 85) = 3.88; p = .024$ ). On n'observait pas de changement significatif pour l'échelle sur la santé ( $F(2, 88) = .95, p = .390$ ) et l'échelle sur les problèmes légaux ( $F(2, 89) = .72, p = .48$ ), ce qui n'est pas surprenant étant donné la très faible proportion de participants qui présentait des problèmes légaux lors de la mesure de base. Les améliorations observées ne semblaient cependant pas attribuables au traitement : elles concernaient autant le groupe ayant suivi le traitement que le groupe n'ayant pas suivi le traitement (ou l'ayant rapidement abandonné). Si les patients suivis en traitement se sont améliorés autant que ceux qui sont venus une fois lors de l'accueil et n'ont plus utilisé de services, c'est qu'il y avait d'autres processus à l'œuvre. Ces résultats ont poussé l'équipe de recherche vers de nouvelles pistes de réflexion afin de mieux connaître les trajectoires de consommation de ces patients et d'émettre des hypothèses sur les facteurs permettant d'expliquer les variations de leur consommation. L'objectif était d'examiner ce phénomène d'amélioration avec ou sans utilisation du programme spécialisé en approfondissant les résultats de la recherche antérieure. Suite à une consultation avec les cliniciens du CDC, une équipe de chercheurs du groupe Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ) a obtenu une subvention d'équipe intitulé « Problèmes d'inadaptation sociale graves et persistants chez les toxicomanes » du Fond pour la formation des Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR) (Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Nadeau, L., Roy, E.) afin d'approfondir les premières données.

### **Originalité du projet**

La documentation souligne que les troubles concomitants représentent la norme et non pas l'exception dans les centres de traitements en toxicomanie (Crawford, Crome, Clancy, 2003). La

problématique des troubles concomitants est développée de manière plus complète dans le chapitre I (article I). Les résultats de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) montrent que les participants qui n'ont pas utilisé de traitement peuvent s'améliorer autant que ceux qui ont utilisé les services de réadaptation. Une piste de réflexion serait que les participants ont utilisé des ressources personnelles ou familiales, autres que celles proposées par les traitements. Il s'agit du phénomène de rémission sans traitement, bien documenté même s'il va à contre-sens de certains courants de pensée affirmant que les traitements sont les seules solutions à un problème de toxicomanie. Les données des dix dernières années confirment qu'une proportion importante des toxicomanes réussit des diminutions et des rémissions de consommation sans l'aide de ressources professionnelles ou avec des contacts minimales (Klingemann et al., 2001; Sobell et al., 2000). Cela ne veut pas dire que ces améliorations se manifestent sans effort. Il s'agit d'un phénomène qui fait appel à d'autres ressources que celles des circuits de services de santé classiques. Bien qu'il soit encore difficile de chiffrer de manière précise l'ampleur du phénomène, plusieurs recherches ont documenté qu'une proportion importante des alcooliques (Cunningham, 1999b; Cunningham et al., 1998; Peele, 1998; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992) et, dans une proportion moindre, des consommateurs de drogues (Cunningham, 1999, 2000; Klingemann, 1992; Mariezcurrena, 1994; Peele, 2001; Sobell et al., 2000) diminuent leur consommation et/ou deviennent abstinents sans traitement. Cette problématique de la rémission sans traitement est développée dans le chapitre III (article II) (Acier, Nadeau, Landry, 2006). Cependant, ces données ne sont pas directement applicables aux participants de la présente étude, car les résultats cités ont été obtenus auprès d'échantillons : 1) avec une problématique unique, 2) avec une gravité des troubles moins importante que celle dans notre échantillon et 3) en n'ayant pas

fait une demande d'aide dans un centre de traitement. Par contre, ces études renseignent sur l'existence d'un phénomène important dans le champ de la toxicomanie et soulignent l'importance d'étudier les éléments et les processus de changement qui, en dehors des traitements, entrent en jeu dans l'amélioration des problèmes liés à la consommation de SPA.

Il existe peu de données empiriques concernant les processus qui font varier la consommation chez les toxicomanes. Un groupe de chercheurs réunis par le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) a recommandé, en plus des mesures pré et post-traitement pour quantifier les améliorations, de recourir aux méthodologies qualitatives afin de préciser les aspects des processus de changement qui sont encore peu compris ou peu connus (Battjes, Onken, & Delany, 1999). Le sens donné par les participants à leurs actes et l'interprétation faite des événements influencent en eux-mêmes la trajectoire des toxicomanes ou de la toxicomanie (Brochu, 1995), d'où le besoin d'utiliser une approche qualitative qui permet de faire ressortir le vécu des participants et leur propre interprétation de l'évolution de leur toxicomanie. Par exemple, une relation amoureuse peut être un événement positif déclencheur d'une diminution de la consommation, car le partenaire est sobre, mais cet événement peut aussi générer un sentiment d'envahissement et des tensions qui vont faire augmenter la consommation.

L'importance d'étudier les processus de changement selon une perspective subjective et qualitative est donc reconnue dans la documentation scientifique dans la mesure où il est utile d'avoir recours à une approche inductive assurant une description phénoménologique d'un phénomène avant d'établir une théorie qui elle-même sera validée empiriquement par la suite (Toneatto, Sobell, Sobell, Rubel, 1999). Plus précisément, il existe très peu de recherches s'intéressant aux processus de changement et

à la trajectoire de consommation d'échantillons cliniques souffrant de troubles concomitants. Il y a seulement deux études s'intéressant strictement à ce thème, celle de Alverson (2000) et celle de Kasten (1998), auxquelles s'ajoutent deux études de « focus-group » (Bradizza & Stasiewicz, 2003; Laudet, Magura, Vogel, & Knight, 2000). Si le contexte d'une recherche principalement qualitative et exploratoire empêche toute généralisation, cette méthode est efficace pour comprendre comment les participants se sont améliorés et faire ainsi avancer la compréhension auprès de populations cliniques comparables.

À l'heure actuelle, il n'est pas habituel d'utiliser simultanément une méthodologie quantitative et une méthodologie qualitative dans le champ de la toxicomanie (Orford, Hodgson, Copello, John, Smith, Black et al., 2006). En outre, la plupart des recherches sur l'efficacité des traitements ont des suivis de 12 à 18 mois au maximum. Dans cette étude, il a été possible de combiner un suivi longitudinal de données quantitatives de la première étude, avec des données qualitatives rétrospectives recueillies cinq ans plus tard, ce qui permet de s'intéresser à l'impact du traitement à long terme, mais surtout aux trajectoires de consommation et aux processus qui les influencent. Ces points sont développés dans le chapitre IV (article III).

### **Position épistémologique**

L'épistémologie, prise au sens d'une théorie de la connaissance, s'intéresse à comment le savoir prend forme, pourquoi telle forme plutôt qu'une autre ou comment faire pour savoir. Le questionnement épistémologique précède l'émergence de la méthode qualitative ou quantitative utilisée. En général,

les positions épistémologiques s'étendent sur un continuum allant du pôle du courant positiviste au pôle du courant constructiviste (Delefosse & Rouan, 2001, p2).

Le pôle des constructivistes, qui est à une extrémité du continuum, considère que plusieurs réalités co-existent, chacune reflétant l'existence d'une construction psychique individuelle ou groupale. Ontologiquement, il y a une infinité de réalités, car même si elles ne peuvent être partagées par plusieurs personnes, chaque perspective demeure unique, différente dans son contenu et son élaboration. On parle de relativisme, car chaque réalité A, B ou C est liée à l'interlocuteur A, B ou C (Delefosse & Rouan, 2001). Ces constructions ne sont pas plus « vraies » les unes que les autres, dans aucun sens que ce soit, mais simplement plus ou moins développées ou élaborées. Ces constructions sont également altérables, comme la « réalité » auxquelles elles sont associées. Le chercheur et l'objet de sa recherche sont intrinsèquement liés de telle sorte que les résultats sont littéralement « créés » au fur et à mesure de l'avancée de l'étude (Guba & Lincoln, 1994).

À l'autre extrémité du continuum, la position positiviste considère qu'il existe une connaissance qui doit être mise à l'épreuve et critiquée. Il s'agit de constituer un corpus de données via une méthodologie scientifique dont les résultats sont discutés par la communauté des chercheurs. « Pour les positivistes, la réalité existe en dehors de l'observation, du sujet et du contexte, et on peut étudier les lois stables qui la gouvernent avec un lien de cause à effet ou au mieux avec des lois probabilistes. Expliquer, prédire et contrôler sont les objectifs du chercheur expert, du scientifique neutre à l'égard du social » (Delefosse & Rouan, 2001, p2-3).

Miles et Huberman (1984, 2003) proposent également de sortir du continuum du qualitatif et du quantitatif par une position post-positiviste. Ces auteurs se considèrent comme des « réalistes »,

indiquant que « les phénomènes sociaux existent non seulement dans les esprits mais aussi dans le monde réel et que des relations légitimes et raisonnablement stables peuvent y être découvertes. Le caractère légitime de ces relations vient des régularités et des séquences qui lient les phénomènes entre eux. De ces modèles nous pouvons tirer des construits qui sous-tendent la vie individuelle et sociale » (2003, p16). Miles et Huberman considèrent l'existence et l'importance du subjectif, du phénoménologique comme étant le cœur de la vie sociale. Ils se démarquent de la logique déductive du positivisme classique et tentent de développer « un processus individuel ou social, un mécanisme, une structure matricielle des événements que l'on peut saisir afin de fournir une description de la causalité qui régit les forces en présence » (2003, p17). Ils ne contestent donc pas la validité et le potentiel explicatif des données subjectives mais tendent néanmoins à leur objectivation.

Le devis mixte de cette thèse s'inscrit dans cette perspective post-positiviste car il inclut à la fois une méthodologie quantitative de la mesure de changement entre les temps de mesure et une perspective qualitative visant à étudier la perception subjective des participants par rapport à leur consommation de substances psychoactives. Ce dernier point est l'élément principal de l'étude et considère l'analyse de la perception des participants et non simplement une description de leur discours.

Dans cette thèse, les données qualitatives proviennent d'entrevues avec les participants. Les entrevues ont été orientées afin d'explorer, d'une façon non directive, les diverses composantes du développement, de l'augmentation ou de la diminution de la consommation de SPA. Les verbatim sont ensuite analysés avec l'objectif d'expliquer et de prédire les variations de la consommation. L'analyse commence par l'identification des sections de verbatim en lien avec les variations de la consommation. Ces sections sont ensuite classées par code (annexe IV). Ces derniers sont alors

opérationnalisés sous forme d'éléments et de processus explicatifs du changement, puis sont confrontés avec la documentation.

La position adoptée dans ce travail est post-positiviste car : 1) l'auteur adhère au concept selon lequel des lois et des régularités sont sous-jacentes aux comportements humains; 2) des mesures quantitatives ont été utilisées, en plus des entrevues qualitatives; 3) l'analyse qualitative utilise l'approche de Miles et Huberman (1984, 2003); 4) la discussion propose une interprétation du discours des participants afin d'expliquer les variations de la consommation.

### **Objectifs de recherche**

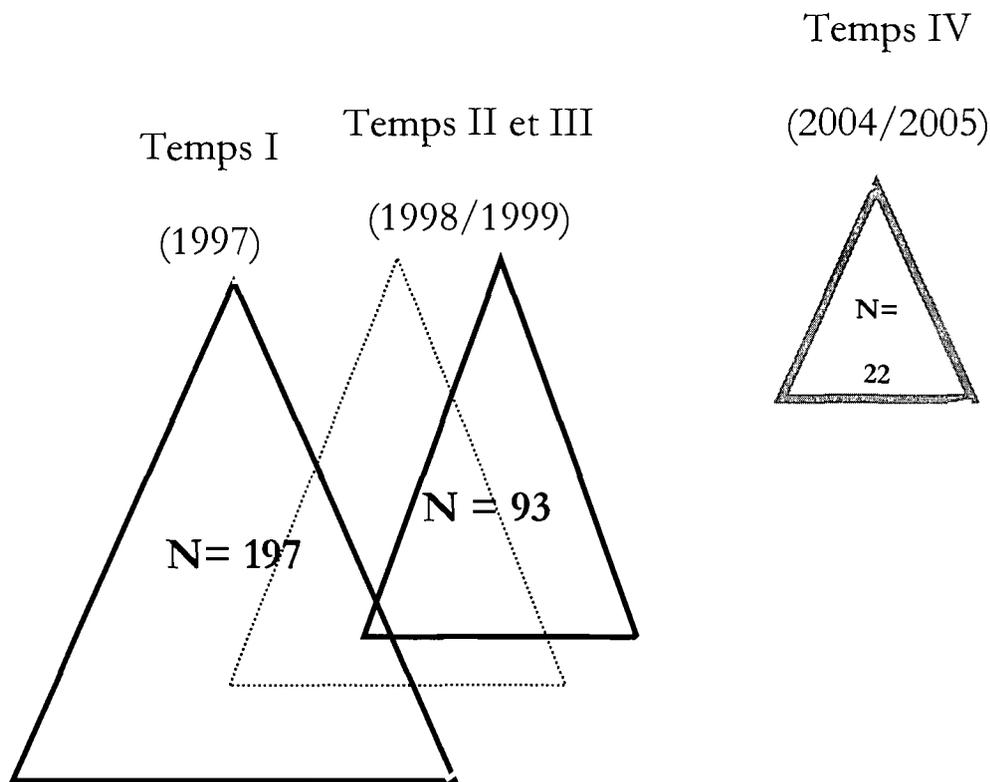
Cette étude s'intéresse aux variations de la consommation au long cours et aux éléments et processus de changement dans la consommation. L'angle considéré est celui de la perspective subjective des participants : comment perçoivent-ils leur état? Plusieurs années après le(s) traitement(s), qu'est-ce qui a, selon eux, facilité leur amélioration? Qu'est-ce qui a contribué à la détérioration de leur état? Quelle a été la place des services dans leur évolution? Les objectifs sont de décrire les trajectoires de consommation de SPA et les éléments et processus de changement dans la consommation.

### **Trajectoire de consommation de SPA**

Le premier objectif est de décrire les trajectoires de consommation d'alcool et/ou d'autres drogues des participants depuis l'entrée en traitement au CDC en 1997/1998 au temps I jusqu'au moment de l'entrevue en 2004/2005 au temps IV (figure II). La figure II présente le déroulement de la recherche

aux quatre temps de mesure, incluant la recherche évaluative de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) et la recherche de thèse.

Figure II : Déroulement de la recherche aux quatre temps de mesure



Cet objectif se compose des éléments suivants : 1) faire la recension des SPA utilisées durant la période étudiée, 2) pour chaque substance, décrire la consommation en termes de maintien, de progression, de diminution et/ou d'abstinence, 3) établir une estimation auto-révlée de la

consommation en termes de quantité pour chaque substance recensée à chaque modification de la trajectoire, 4) comparer la trajectoire de consommation selon les mesures de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) aux temps III et IV et celle du *Timeline followback* (TLFB) et 5) faire la recension de tous les services d'aide en toxicomanie, professionnels ou non, utilisés durant la période sous étude.

### **Processus de changement**

Le deuxième objectif est de décrire les éléments et processus utilisés par les participants pour diminuer leur consommation (éléments déclencheurs et/ou de maintien), ou qui ont servi de barrières à l'apparition des périodes de diminution de consommation de SPA. Un processus implique l'interaction dynamique entre plusieurs éléments. Dans la diminution de la consommation de SPA, on s'intéresse à : 1) décrire les éléments et processus utilisés comme déclencheurs de diminution, 2) décrire les éléments et processus utilisés comme maintien à la diminution de la consommation et 3) identifier les éléments ayant freiné l'apparition de la réduction de consommation (barrières à la diminution).

## **Méthodologie**

### **Description de l'échantillon**

Les paragraphes suivants décrivent les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon durant l'étude évaluative de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001). Il s'agit des deux premiers temps de mesure, en tenant compte de l'attrition, qui étaient déjà disponibles au début de la recherche de

thèse. Les trois temps de mesure sont l'entrée en traitement en 1997/1998 (temps I), le suivi à sept et 13 mois en 1998/1999 (temps II et III). Les données du temps II n'étaient pas disponibles. Tous les patients admis au CDC faisaient automatiquement partie de la recherche. Les 197 participants devaient correspondre aux conditions établies par Boislard & Germain (1998, p153) pour faire partie du programme spécialisé de toxicomanie et de santé mentale.

La description de l'échantillon au temps IV est également présentée dans cette section afin de faciliter la lecture et la comparaison entre les groupes aux temps III et IV.

### **Description de l'échantillon au temps I (1997/1998)**

L'échantillon en 1997/1998 se compose de 197 participants dont 56 % (n = 110) sont des hommes et 44 % (n = 87) des femmes. L'âge moyen est de 38 ans, le participant le plus jeune ayant 22 ans et le plus âgé 73 ans. Une proportion importante (40.1 %) des participants a recours à la sécurité du revenu. Le quart (25.2 %) des participants travaille à plein temps. Une faible proportion des participants dit avoir un travail à temps partiel, régulier (3.3 %) ou non (3.7 %), ou un travail saisonnier (1.1 %). D'autres disent avoir une situation économique instable (18.3 %). Une faible proportion (2.7 %) des participants est aux études. Le reste de l'échantillon (5.6 %) est constitué de personnes qui ne sont pas sur le marché du travail parce qu'elles sont considérées « invalides », « à la retraite » ou « au foyer » ou pour des raisons non spécifiées.

Quant à la scolarité, on constate que 4.4 % des participants n'ont pas dépassé le niveau primaire. Plusieurs (29.7 %) ont fait des études secondaires sans atteindre le secondaire V tandis que 19.2 % ont atteint le secondaire V. D'autres (17.0 %) ont débuté des études au CEGEP sans les terminer,

alors que 7.2 % ont obtenu un diplôme d'études collégiales. Une proportion de 22.5 % des participants a fréquenté l'université, dont 8.8 % ont obtenu un diplôme universitaire.

Concernant l'état civil, 4.4 % des participants sont mariés et 18.1 % vivent en union libre. Les autres sont séparés (32.6 %), célibataires ayant déjà vécu une relation de couple (32.1 %) ou célibataires n'ayant jamais vécu une relation de couple (12.1 %). Plusieurs de ces personnes vivent seules (43.0 %). Les autres vivent avec leur conjoint (avec ou sans enfant, 22.5 %), avec leur(s) enfant(s) (7.7 %), leurs parents (5.5 %) ou un membre de leur famille (1.6 %), avec un ou des amis (2.7 %), un colocataire (7.1 %) ou en institution (9.9 %).

### **Description de l'échantillon au temps III (n=93) (1998/1999)**

Au temps III (1998/1999), les participants sont au nombre de 93 dont 51.6 % (n = 48) sont des hommes et 48.4 % (n = 45) des femmes. Le participant le plus jeune a 25 ans et le plus âgé a 73 ans, pour une moyenne d'âge de 39 ans. Une proportion importante de ces personnes (43.0 %) vit à l'aide de la sécurité du revenu.

Pour 72.3 % de l'échantillon, la démarche entreprise au CDC constituait leur premier traitement pour des problèmes spécifiquement reliés à la consommation de substances psychoactives. La moitié des participants (53.1 %) avait déjà été hospitalisée pour troubles psychiatriques, 53.3 % avaient une scolarité égale ou inférieure au secondaire V, 24.2 % de niveau CEGEP et 22.5 % de niveau universitaire. La comparaison des 93 participants au reste de l'échantillon, à l'aide de comparaison de type Chi-carré indique une même proportion d'hommes et de femmes dans les deux groupes, les mêmes types de substances principales, les mêmes proportions de chaque niveau de scolarité, les

mêmes proportions de personnes pour chaque type d'état civil et la même fréquence de visite dans des cliniques psychiatriques. Par contre, on note que la moyenne d'âge de cet échantillon est plus âgé, élément qui sera repris plus loin (Nadeau, Landry, Cournoyer, 2001).

#### **Description de l'échantillon au temps IV (N=22) (2004/2005)<sup>1</sup>**

Au temps IV (2004), qui est l'échantillon sous étude, les participants sont au nombre de 22, dont 59 % (n = 13) sont des hommes et 41 % (n = 9) des femmes. L'âge moyen des participants est de 49 ans. Le participant le plus jeune a 30 ans et le plus âgé a 70 ans. La moitié des participants (55 %, n = 11) ont recours à la sécurité du revenu et huit ont des emplois, dont trois à temps plein et cinq à mi-temps. Parmi ceux travaillant à mi-temps, deux sont étudiants. Les revenus sont en moyenne de 13 500 \$/par année. L'isolement est important étant donné que 18 participants vivent seuls et que seulement cinq vivent avec un conjoint. La majorité des participants, soit 65 % (14), ont un usage problématique de plusieurs substances : alcool (12), cannabis (9), cocaïne (7) et les huit autres ont une consommation problématique d'alcool uniquement. Relativement aux troubles mentaux, 40 % des participants souffrent de plus d'un trouble mental : troubles de l'humeur (16), troubles anxieux

---

<sup>1</sup> Cette section fait normalement partie des résultats mais a été insérée ici pour faciliter la lecture.

(6), troubles de la personnalité (6), psychose et schizophrénie (5). La période d'utilisation des services, recensée depuis l'entrevue d'accueil initiale dans le programme de traitement du CDC en 1998/1999 jusqu'à la fin de la période de recherche en 2004/2005, s'échelonne d'une absence de service jusqu'à une durée des consultations de près d'une année. Au cours de la période de suivi, six participants n'ont pas utilisé de services, six ont fait une utilisation « courte » (moins de trois rencontres) et dix ont fait une utilisation « longue » (au moins quatre rencontres).

Il est à noter que l'échantillon initial comprenait 23 participants et qu'une participante a été exclue, car elle s'est présentée après avoir consommé et en étant dans un état de crise rendant invalide les données recueillies.

**Tableau I : Comparaison des données sociodémographiques aux trois temps de mesure**

	Temps I	Temps III	Temps IV
Années du suivi	1997-1998	1998-1999	2004-2005
N	197	93	22
N (hommes)	110 (55.8 %)	48 (51.6 %)	13 (59 %)
N (femmes)	87 (44.2 %)	45 (48.4 %)	9 (41 %)
Age moyen	38 ans	39 ans	49 ans
Statut (emploi)	33.3 %	n/d	36.4 %
Statut (aide sociale)	40.1 %	43 %	50 %
Scolarité égale ou inférieure au secondaire 5	49.2 %	53.3 %	54.5 %
Statut (marié ou en union libre)	22.5 %	n/d	18.2 %

## Comparaison des groupes<sup>2</sup>

Les comparaisons réalisées à l'aide de tests de Chi-carré entre les 93 participants de l'échantillon du temps III et les 22 participants du temps IV ne révèlent pas de différences significatives au niveau des variables sociodémographiques. La seule comparaison significative est la moyenne d'âge qui est de 49 ans au temps IV, soit presque trois ans plus élevés que la moyenne de l'échantillon initial au temps III (le vieillissement normal de l'échantillon étant pris en compte). On peut émettre l'hypothèse que le fait d'être plus âgé pourrait avoir favorisé la participation à l'étude et donc introduire un biais non désiré. On peut penser que ce sont les personnes les plus âgées de l'échantillon qui présentent les conditions de santé et de vie les plus satisfaisantes. Dans l'hypothèse de maturation développementale de Martens (2000), les personnes avec un trouble de personnalité antisociale rapportent une baisse des comportements antisociaux dans les troisième et quatrième décades de leur vie. La réalité quotidienne confronte année après année les comportements antisociaux et incite les personnes à diminuer des comportements déviants. On peut penser que les pressions engendrées par la consommation de substances illicites sont de plus en plus difficiles à

---

<sup>2</sup> Cette section fait normalement partie des analyses mais a été inséré ici afin de faciliter la lecture.

assumer avec l'âge, ce qui tend à faire diminuer la consommation des personnes présents dans ce style de vie depuis de longues années

### **Critères d'échantillonnage**

Des 197 participants présents au temps I, il restait 93 participants au temps III. C'est à partir de ce groupe qu'a été déterminé l'échantillon. Les critères de sélection des participants ont été fixés afin de créer une hétérogénéité optimale au sein de l'échantillon. Cela permet une étude en profondeur au sein d'un groupe restreint afin d'atteindre une saturation empirique des processus de changement (Pires, 1997). Par ordre d'importance, les critères sont: 1) l'importance de la diminution de consommation, établie par la différence entre les mesures de l'IGT entre le temps I et le temps III, 2) l'exposition au traitement du CDC (« peu ou pas d'heures de traitement » versus « beaucoup d'heures de traitement ») 3) le genre. La liste des 93 participants a été réorganisée en tenant compte de ces trois critères de diversification. Les participants ont été ensuite contactés par courrier postal avant de recevoir un appel téléphonique de la personne référence ayant mené la recherche en 1999. Depuis le dernier contact, plus de quatre ans s'étaient écoulés pour les 93 participants, quelquefois sans mise à jour de l'adresse et des numéros de téléphone. Il n'a donc pas été possible de rejoindre les participants exactement selon l'ordre de préférence établi, plusieurs étant introuvables. Cette difficulté diminue l'efficacité des critères de diversification. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à satisfaire le nombre de participants nécessaire à l'étude. Cependant, il n'a pas été nécessaire de contacter l'ensemble des 93 participants pour créer l'échantillon, toutes les personnes contactées ayant accepté de participer à la recherche une fois le contact établi. Idéalement, la collecte des

données se poursuit jusqu'à atteindre un point de saturation empirique, c'est-à-dire jusqu'au moment où aucune nouvelle information ne vient modifier les éléments construits (Laperrière, 1997). En raison des contraintes académiques, le recrutement s'est limité à 23 participants (dont un participant a été exclu car il s'est présenté en état d'intoxication).

### **Matériel utilisé**

Les cinq sources de données sont : 1) une entrevue centrée (*focused interview*); 2) le *Timeline ollowback* (Sobell & Sobell, 1992), 3) l'Indice de gravité d'une toxicomanie - version abrégée (Bergeron et al., 1992) et 4) le dossier d'usager conservé au CDC (soit les évaluations psychiatriques, les notes d'évolution des intervenants et l'utilisation des services), 5) une partie des informations recueillies lors de l'étude de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) en 1997-1998 (données démographiques, IGT de 1997/1998 et IGT version abrégée de 1998/1999).

### **L'entrevue qualitative**

L'entrevue qualitative est dite entrevue centrée (*focused interview*) (Merton, Lowenthal, Kendall, 1990). Elle permet au participant de s'exprimer sur un thème précis, dans notre cas sur les variations de sa consommation. Il s'agit d'une approche phénoménologique qui laisse un espace de parole au sujet tout en se centrant sur des objectifs déterminés à l'avance. Pour faciliter l'élaboration d'un lien de confiance, le ton des entrevues est celui d'une conversation ordinaire, ce qui favorise l'expression et la qualité des échanges. L'intervieweur agit à titre de facilitateur en utilisant les questions du protocole comme points de départ (voir annexe II) et en cherchant à faire émerger le matériel grâce à un

ensemble de techniques comme la reformulation, la clarification et le reflet. Il est ainsi possible d'obtenir des détails et des clarifications sur les réponses des participants. Cette méthode a le mérite d'être simple et de permettre d'obtenir rapidement des informations précises qui ne pourraient l'être par des méthodes quantitatives ou qui seraient très longues à obtenir dans une entrevue qualitative traditionnelle.

Afin de disposer de données fidèles, toutes les entrevues ont été effectuées avec un enregistreur audionumérique de type professionnel qui évite la prise de notes manuscrites ou une mauvaise qualité sonore. Les entrevues sont ainsi disponibles sous un format de fichier informatique, ce qui permet une consultation rapide, si nécessaire, lors du codage et du contre-codage.

### ***Le Timeline followback (TLFB)***

Le *Timeline followback* (TLFB) est une méthode d'évaluation de la consommation développée par Mark et Linda Sobell (Sobell & Sobell, 1992). Cette technique permet un recueil d'informations des substances consommées en termes de produits et de quantités. Le TLFB permet une représentation graphique du volume consommé par chaque participant et ce pour chaque substance considérée pour la période allant de 1997/1998 à 2004-2005. Cet outil permet de suivre les variations de la consommation pour chaque mois selon un calendrier. La technique demande des points de repère temporels (fête, déménagement, début de travail, décès, etc...) pour faciliter le rappel d'informations. Le TLFB est un outil validé sur une période rétrospective de 12 mois (Sobell et Sobell, 1992). Il est certain qu'à partir d'une étendue d'observation plus longue, l'outil perd de sa validité et ne permet pas d'avoir la précision d'un suivi prospectif.

### **L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)**

L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT, Bergeron et al., 1992) est la version française de l'*Addiction Severity Index* (ASI, McLellan et al., 1980). La version anglophone présente de bonnes qualités psychométriques (Hendricks, Kaplan, Valimbeek, & Geerling, 1989). C'est un outil psychométrique largement utilisé et standardisé dans l'évaluation de la clientèle toxicomane au Québec (Guyon et al, 1998), dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes et comparables à la version anglophone (Bergeron et al., 1992) et qui a été utilisé auprès de populations toxicomanes en traitement (Bergeron et al, 1998) ou de populations détenues (Brochu et Guyon, 1998). L'IGT permet d'évaluer les participants sur sept sous-échelles, soit : alcool, drogues, état de santé physique, relations familiales/interpersonnelles, état psychologique, emploi/ressources et situation judiciaire. Un score composé est calculé pour chacune de ces échelles à partir d'une combinaison d'items. Chacun de ces scores est obtenu à l'aide d'un algorithme visant à assurer une pondération équivalente des items qui le composent. Ces scores s'expriment en décimales sur une échelle de 0 à 1. L'IGT abrégé est une forme condensée de l'IGT qui est centrée sur les 30 derniers jours dans la vie du participant et qui évite de reprendre des questions dont les réponses ne peuvent avoir changé.

L'indice de gravité d'une toxicomanie (5e version d'avril 2001, pour adulte) a été utilisé au temps I (1997/1998) puis sa version abrégée aux temps II, III et IV, soit respectivement en 1998, 1999 et 2004/2005.

### **Aspects déontologiques**

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique et de la Recherche en Toxicomanie (CERT, voir annexe I). Un formulaire de consentement écrit a été signé par les participants, assurant la confidentialité, le droit de se retirer à tout moment de l'étude et l'assurance que la participation à la recherche n'affecte en rien leur droit de recourir à des services spécialisés. L'accès aux données de la recherche de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) a également été autorisé par écrit. Les données écrites et verbales sont identifiées par un numéro de dossier et ne portent pas de mention nominale. Les coordonnées des chercheurs responsables et d'une personne ressource indépendante ont été fournis aux participants au cas où une plainte serait à formuler.

### **Déroulement de l'expérimentation**

L'ordre du protocole est le suivant : 1) dresser une liste des participants à contacter selon l'ordre d'importance établie par les critères d'échantillonnage, 2) établir un contact téléphonique par un intervenant du CDC qui a déjà participé au temps de mesure II et 3) établir un autre contact téléphonique pour proposer la participation à la recherche. L'expérimentation se déroulait dans les locaux du CDC, sauf trois cas d'exception pour une participante avec un enfant en bas âge, un participant vivant hors de Montréal et un participant ayant eu un accident de voiture. Dans les trois cas, les entrevues se sont déroulées au domicile des participants. Les entrevues ont été réalisées par l'auteur, psychologue clinicien depuis cinq ans. La durée totale de participation était d'environ trois heures.

Le déroulement de l'entrevue de recherche était le suivant :

- 1) Lecture, explication, réponses aux questions et signature du formulaire de consentement (voir annexe V, 5-10 minutes)
- 2) Passation de l'IGT abrégé (voir annexe VI, 20-30 minutes)
- 3) Passation du *Timeline followback* (30-45 minutes)
- 4) Pause de 10-15 minutes
- 5) Entrevue centrée (60-90 minutes).

Les entrevues ont été recueillies avec un enregistreur numérique et mise sous format de type DSS.

Les transcriptions des enregistrements audionumériques à un logiciel de traitement de texte (Office Word) ont été réalisées par des assistants de recherche.

## **Analyses**

### **Analyses qualitatives**

Les raisons évoquées par les participants pour expliquer la diminution de leur consommation ont été analysées selon l'approche mixte de Miles et Huberman (1984, 2003). C'est une technique largement utilisée au Québec en recherche qualitative (Laperrière, 1997, p. 309) qui combine les objectifs de la théorisation ancrée et de l'ethnographie. Elle vise à élaborer une description systématique et une théorisation pertinente sur les phénomènes étudiés. La démarche d'analyse implique : 1) d'élaborer des grilles conceptuelles et des listes de codes (selon les données disponibles dans la documentation et avec un processus itératif avec les premiers verbatim); 2) de découper les données en unités

d'analyse (phrase ou paragraphe) codées en termes descriptifs, interprétatifs ou explicatifs, 3) de regrouper des codes sous des structures plus englobantes les liant entre eux (« patterns »), 4) de définir les propriétés des catégories descriptives ou conceptuelles, 5) d'effectuer des comparaisons entre les patterns présents et la documentation existante, 6) d'élaborer des matrices descriptives et explicatives de plus en plus englobantes, ordonnant et comparant les données, 7) d'élaborer des hypothèses de plus en plus intégrées entre elles, sur les liens entre les thèmes ou concepts dégagés et 8) de redéfinir les modèles descriptifs ou explicatifs (Laperrière, 1997, p. 360-63).

### **Contre-codage qualitatif**

Un contre-codage a été effectué par une personne indépendante auprès de 27 % (n = 6) des entrevues en vue de contrôler la fidélité et la validité de concordance de l'échantillon (Van der Maren, 1996). La comparaison entre les deux codifications a permis d'établir un taux de concordance (accord inter-juges) de 77,77 %, ce qui est considéré comme une norme satisfaisante (Harris, Pryor, & Adams, 1997). Une fois le codage terminé, chacune des paires discordantes a été examinée avec le codeur indépendant pour déterminer les sources de désaccord. Parmi les plus fréquentes, on retrouve des erreurs d'inattention et une ampleur différente de codage dans le verbatim, en utilisant le même code. Par exemple, le chercheur principal assignait un code à un passage de verbatim de 30 lignes tandis que le codeur indépendant assignait le même code au même passage mais en utilisant deux fois le même code sur 10 lignes parmi les 30 lignes, ce qui entraîne une discordance.

### **Analyse quantitative**

Les données obtenues à partir de l'IGT ont dans un premier temps été traitées au moyen d'analyses statistiques descriptives afin de dresser une vue d'ensemble de l'échantillon. Afin d'évaluer s'il y a des changements entre les temps de mesure III et IV, des analyses de Student (test-t) d'échantillons appariés (*paired sample t-test*) ont été effectuées avec l'aide du logiciel SPSS 14.0. C'est cette analyse qui a déjà été utilisée lors des précédents temps de mesure.

### **Analyse visuelle**

Le *Timeline followback* permet de recueillir les tendances de consommation, qui peuvent être confirmées par le dossier d'utilisateur. Son avantage est de couvrir le point aveugle de l'IGT qui fournit une « photo instantanée » en rapportant la consommation du participant sur une période de 30 jours (temps I, II, III et IV) mais qui ne permet pas de suivre la consommation entre ces différents moments. Pour chaque participant, un graphique représentant les volumes des SPA consommés a été réalisé et couvre la période entre le temps I et le temps IV. Une analyse visuelle de chaque graphique a permis de classer, par observation, les variations de consommation de SPA selon trois tendances : (a) tendance à diminuer, (b) pas de changement et (c) tendance à augmenter. Afin que ce classement soit robuste, chaque graphique a été soumis, de manière indépendante, à quatre évaluateurs indépendants. L'accord inter-juges au niveau du classement des portraits de consommation est de 86,34% (ce classement est présenté à l'annexe III).

### **Triangulation et complémentarité**

Depuis plusieurs années, une tendance se développe en recherche valorisant une triangulation des données, des chercheurs, des théories et des méthodologies (Denzin, 1988) : 1) la triangulation des données s'opère dans chaque sous-catégories des données; 2) la triangulation du chercheur suppose de prendre plusieurs chercheurs pour évaluer les écarts; 3) la triangulation théorique implique de prévoir plusieurs cadres théoriques; 4) la triangulation méthodologique engage plusieurs techniques (Delefosse & Rouan, 2001). De fait, les études qui utilisent la triangulation sont plus robustes, particulièrement pour appréhender des phénomènes complexes ce qui est le cas pour la toxicomanie où l'aspect multidimensionnel du phénomène implique l'étiologie de plusieurs facteurs d'ordre biologique, psychologique et social. On peut penser qu'une seule source de données serait alors insuffisante pour appréhender un tel phénomène et la triangulation est un outil de choix pour expliquer une réalité complexe.

Une triangulation partielle a été utilisée entre certaines données quantitatives (TLFB et les échelles alcool et drogues de l'IGT) et certaines données qualitatives de l'entrevue. Par exemple, le participant cinq décrit sa consommation en février 1998 avec le TLFB et revient sur cette période durant l'entrevue en rapportant ce qu'il a vécu mais aussi la quantité de substances psychoactives qu'il a consommé à ce moment là. Il s'agit alors à la fois d'une mesure du volume de SPA consommées selon le TLFB et d'un verbatim qui met en lien cette consommation avec l'histoire du participant. Les données obtenues sont ainsi plus robustes. Néanmoins, cette triangulation reste partielle car : 1)

elle ne couvre qu'une partie des variations documentée par le TLFB; 2) le participant peut décrire la période sans faire précisément référence aux volumes de SPA consommés.

Une autre triangulation partielle a porté sur l'utilisation des services et du diagnostic de santé mentale a été effectuée entre les verbatim des entrevues qualitatives, l'IGT et les données contenues dans les dossiers du CDC, si l'information était disponible. Dans le même ordre d'idée, certains dossiers médicaux contenaient des informations temporelles qui ont pu être vérifiées avec les verbatim, permettant de vérifier la congruence des données. Ces mesures permettent de s'assurer, du moins en partie, de la validité des événements rapportés par les participants.

Les instruments de mesure quantitatifs, soit l'IGT et le TLFB, ne « triangulent » pas, car ils s'intéressent chacun aux trajectoires de consommation selon des formats temporels différents. Ils fournissent des données complémentaires quant à l'évolution de la consommation au cours des années selon leurs limites respectives. Ainsi, les mesures fournies par l'IGT utilisent une fenêtre de 30 jours tandis que le TLFB recouvre une plus grande période de temps.

## CHAPITRE II État de la documentation anglophone: Troubles mentaux et troubles liés à une substance (ARTICLE I)

### Référence de l'article :

Acier, D., Nadeau, L. (2005). Troubles mentaux et troubles liés à une substance. *Addictologie et Alcoologie*, 27(4), 315-324.

### Résumé

Cet article propose une revue de la documentation concernant les troubles associés de santé mentale et de troubles liés à une substance. Il a été réalisé à partir d'une recension critique des plus récentes études de la documentation anglophone. La problématique des troubles associés s'impose par plusieurs spécificités : Les études de prévalence révèlent que les patients institutionnalisés souffrant de comorbidité constituent maintenant la norme plutôt que l'exception. Les défis sont multiples, tant au niveau de l'évaluation de cette clientèle, par l'enchevêtrement des symptômes de consommation et des symptômes psychiatriques, que par le risque « d'effet ping-pong » au niveau de la prise en charge des patients, qui sont envoyés en psychiatrie puis renvoyés en addictologie et vice-versa. La mise en place des traitements intégrés, arrimant les équipes de santé mentale et les équipes en addictologie, devient nécessaire. Les défis se situent aussi au niveau des patients, enclins à des consultations répétées et des abandons fréquents du traitement. Cet article, qui utilise la classification du DSM IV,

brosse un portrait général présentant : 1) les données des recherches épidémiologiques; 2) la prévalence dans les institutions de soins; 3) les caractéristiques spécifiques associées à cette population; 4) Les difficultés de prise en charge; 5) l'efficacité des traitements « traditionnels »; 6) une description des traitements intégrés et leur efficacité; 7) la question d'une sortie « satisfaisante »; 8) les facteurs de rémission de consommation.

Mots clefs : Troubles associés, comorbidité, troubles mentaux, troubles liés à une substance, efficacité des traitements, traitement intégré, facteurs de changement, état de la documentation.

Pour plusieurs personnes atteintes de troubles liés à une substance, l'alcool et les autres drogues furent une solution avant de devenir un problème. En effet, chez bon nombre de patients admis dans les centres de traitement, la consommation de substances constitue une stratégie adaptative, une automédication ou un trait de caractère qui se juxtapose à d'autres syndromes cliniques. Les questions relatives aux troubles mentaux associées aux troubles liés à une substance ont tout particulièrement retenu l'attention des cliniciens et des chercheurs au cours des dernières années : aux descripteurs « comorbidity » et « substance/drug abuse » sur MedLine et PsycINFO, on trouve 1074 titres de 1990 à 1994, 2188 de 1995 à 1999 et 2864 titres de 2000 à 2004. Plusieurs organismes de recherche et de santé nord-américains ont publié des guides relatifs aux meilleures pratiques sur cette population et une première revue spécialisée sur les troubles associés a vu le jour en 2004 (*Journal of Dual Diagnosis*). Il faut dire que l'intérêt pour le sujet ne date pas de la dernière décennie. Dans son ouvrage charnière de 1960, Jellinek avait identifiés cinq types d'alcoolisme et mis en avant le caractère hétérogène de l'alcoolodépendance. Pour l'alcoolisme alpha par exemple, il faisait le lien

entre le recours à l'alcool et le soulagement d'une souffrance émotionnelle. Cet article destiné aux cliniciens propose de faire une synthèse de la documentation en tenant compte des recommandations des meilleures pratiques qui ont été faites par Santé Canada. Il cherche à décrire le phénomène et les enjeux cliniques qui se dégagent de la documentation scientifique afin de faciliter la prise en charge et les interventions cliniques.

### **Les données épidémiologiques (population générale)**

La National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition (NESARC) (1) est l'étude américaine la plus récente, spécifiquement construite afin d'estimer les troubles associés en utilisant les critères du DSM-IV (2). Elle a utilisé des données recueillies en 2001-2002 auprès de 43 093 participants âgés de 18 ans et plus. Elle était stratifiée, multi-sites afin de représenter l'ensemble du territoire américain, et n'incluait que des participants non institutionnalisés. La prévalence sur les 12 derniers mois montrent que 19,67 % des individus avec un diagnostic de troubles liés à une substance souffrent aussi d'un diagnostic d'au moins un trouble de l'humeur; tandis que 17,71 % présentent également un diagnostic d'au moins un trouble anxieux. Les prévalences sont généralement plus élevées pour les diagnostics de dépendance que pour ceux d'abus, particulièrement pour les diagnostics de dépendance aux drogues. De même, parmi les participants avec un diagnostic de trouble de l'humeur pendant les 12 derniers mois, 19,97 % avaient également un trouble lié aux substances. Pour les participants avec un trouble anxieux, 14,96 % avaient également un trouble lié aux substances. Les prévalences sont généralement plus basses pour les diagnostics d'abus que pour ceux de dépendance (3). Ces taux de prévalence sont confirmés par les enquêtes épidémiologiques

antérieures. La National Comorbidity Survey (NCS) est une autre recherche américaine, datant de 1994, réalisée auprès de 8 089 participants âgés de 15 à 54 ans. La méthodologie employée et les objectifs sont similaires à la NESARC. La prévalence à vie des troubles associés est de 43 % pour l'ensemble des troubles mentaux. Parmi les patients qui ont présenté un trouble lié à l'alcool et qui ont requis l'aide des services de santé, 41 % présentaient au moins un autre trouble mental associé et 19 % uniquement cette addiction; pour les patients présentant des troubles liés aux drogues, 63 % avaient un autre trouble mental associé et 26 % uniquement cette addiction (4). Cette étude confirme également que les troubles mentaux associés sont plus fréquemment reliés à des diagnostics de dépendances aux substances qu'à des diagnostics d'abus aux substances. Parmi les personnes dépendantes avec une histoire d'un autre trouble mental, ce dernier apparaissait en général avant les problèmes de consommation. Une exception existe dans le cas des troubles de l'humeur et des troubles liés à l'alcool chez les hommes où les premiers étaient consécutifs aux derniers. Si les résultats montrent des variations considérables étant donné le nombre de participants, il reste qu'en général : 1) une grande proportion présentait des troubles mentaux puis des troubles liés à une substance, 2) l'intervalle entre l'apparition des deux types de troubles était, en moyenne, de 5 à 10 ans, 3) les troubles débutaient à l'adolescence (4, 5). Bien que prometteur, une prudence reste de mise tant que d'autres vastes enquêtes épidémiologiques n'auront pas confirmé cet ordre d'apparition.

La National Survey of Mental Health and WellBeing (NSMHWB) (6) est une étude réalisée en 1997 auprès de 10 641 Australiens d'âge adulte en utilisant les mêmes standards de répartition que la NCS et la NESARC. La nosologie de référence est la Classification Internationale des Maladies 10 (7) et l'instrument de mesure est le Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Les résultats de

prévalence confirment les taux précédents et apportent des précisions, notamment au niveau de la répartition selon le genre. Près de la moitié des femmes avec un trouble lié à l'alcool (48 %) présentent un autre trouble mental. Parmi les femmes qui n'ont pas de trouble lié à l'alcool, seules 15 % présentent un autre trouble mental. De même chez les hommes, si 34 % de ceux avec un trouble lié à l'alcool présentent un autre trouble mental, seul 9 % de ceux qui n'ont pas de trouble lié à l'alcool présentent un autre trouble mental (6). Deux constats apparaissent : 1) en terme d'association, les troubles liés à une substance sont sur-représentés par rapport aux autres troubles mentaux; 2) la consommation problématique d'alcool semble être un facteur plus aggravant chez les femmes que chez les hommes dans le développement d'autres troubles mentaux. On constate que les personnes qui souffrent de troubles liés à une substance sont beaucoup plus susceptibles que les autres de présenter une comorbidité et que cette vulnérabilité est davantage vraie pour les femmes que pour les hommes dépendants à l'alcool.

Les données nous montrent que la présence d'un trouble mental rend plus probable l'apparition d'un autre type de trouble. De plus, on sait aussi que l'apparition de troubles liés à une substance est plus probable que celle d'un autre type de trouble mental. Ces éléments laissent planer l'hypothèse d'un effet « précipitant » entre les deux problématiques, comme si la présence d'une problématique en santé mentale accélère la possibilité de développer l'autre type de problématique, comme lors d'un effet réactif en chimie où l'ajout d'un produit spécifique à un soluté provoque une réaction chimique en quelques minutes et l'apparition d'un nouveau produit, là où de nombreuses heures auraient été normalement nécessaires.

### **Prévalence dans les centres de traitement (population clinique)**

Dans les études utilisant des échantillons cliniques, la prévalence de troubles mentaux associés est plus préoccupante que dans la population générale (4, 5, 8). À l'admission, la plupart des patients présentent au moins un diagnostic de trouble de l'humeur ou de troubles anxieux (9, 10, 11), tandis que les taux varient entre 53 et 100 % pour les troubles de la personnalité (12, 13). Au Québec, une étude confirme des taux de troubles de la personnalité de l'ordre de 88 % dans les centres de traitement publics pour toxicomanes (14). On sait aussi que les individus admis en traitement pour des problèmes de santé mentale consomment plus de substances psychoactives en terme de quantité et de fréquence que dans la population générale. Cette consommation peut ou ne pas être problématique, mais elle reste supérieure à ce qui est consommé dans la population générale (15, 16). Des taux de prévalence aussi élevés pourraient amener à un malentendu concernant l'apparition de la comorbidité, amenant à penser qu'il s'agit d'un problème en pleine croissance. C'est un phénomène qui a sans doute toujours existé, mais dont la mesure standardisée est relativement récente, reliée à l'évolution des besoins institutionnels et au développement d'instruments de mesure. Les taux de prévalence précédemment cités n'indiquent donc pas une soudaine apparition du phénomène, mais le reflète peut-être à une plus juste valeur. Il n'en reste pas moins que dans les centres de traitement, la comorbidité constitue la norme et non plus l'exception.

## Une clientèle difficile

En comparaison avec des patients souffrant d'un seul trouble mental, ceux et celles qui souffrent d'au moins deux troubles psychiques sont des personnes qui présentent un plus grand nombre de difficultés. Ils présentent plus de risque : (a) d'avoir des conduites à risque, de la violence et des incarcérations (17, 18); (b) de rencontrer des difficultés au niveau de leur fonctionnement social et familial (19); (c) de présenter un risque suicidaire (20).

Le pronostic de ces patients est plus pessimiste: (a) un taux de rechute plus élevé que pour les patients avec un diagnostic unique (21, 22); (b) un plus faible niveau d'adhésion au traitement et un pronostic moins favorable (15, 23); (c) un refus plus fréquent des services offerts (24, 25); (d) un taux élevé de réadmission en traitement (26, 27); (e) un coût près de 60 % plus élevé que pour les patients avec une problématique unique, induit par un besoin plus important de traitement à l'interne (28, 29, 30).

La comorbidité apparaît comme un facteur à prendre en compte dans la décision d'aller chercher de l'aide, les patients souffrant de troubles associés étant plus nombreux à recourir aux services. Ces données pointent un phénomène paradoxal : si ces patients ont plus souvent recouru aux services de santé que les patients avec une problématique unique, il n'en reste pas moins qu'ils se désinvestissent des traitements, abandonnent plus rapidement et refusent mêmes les activités offertes. Ce phénomène relève les obstacles à la fois des services de santé à faire face à des problématiques complexes et souffrantes, et à la fois celles des patients à s'astreindre aux règles et à respecter un cadre de traitement.

La gravité de la comorbidité ne provient pas seulement de l'addition des multiples troubles mais plutôt de l'interaction qui se développe entre eux. Cette interaction pourrait se représenter sous la forme d'une synergie, où les deux problématiques s'entrecroisent mais aussi « s'autoalimentent ». C'est par exemple la situation des personnes souffrant de schizophrénie et d'une consommation abusive de cannabis, où l'action d'un élément problématique de la consommation (le cannabis comme agent perturbateur du système nerveux central) peut entraîner le déclenchement d'un élément problématique de la santé mentale (des hallucinations), alors même que des éléments hallucinatoires étaient déjà présents. Les conséquences de la consommation « nourrissent » alors les symptômes de santé mentale.

En résumé, les cliniciens et les administrateurs de services devraient s'attendre à des prises en charge plus longues, avec des ruptures thérapeutiques fréquentes et des retours en traitement tout aussi fréquents. Les rechutes sont à prévoir et doivent être prises en compte dans le processus conduisant à un état de stabilité ou de rémission de la consommation.

### **Les difficultés de prise en charge**

Aux États-Unis et au Canada, la séparation historique entre les systèmes de psychiatrie d'une part, et d'alcoolisme et toxicomanie d'autre part, complexifie la prise en charge des patients qui présentent des troubles mentaux associés. Ces derniers peuvent se présenter soit dans un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, soit dans un centre de traitement en psychiatrie.

Le premier obstacle est l'effet « ping-pong », où, selon l'évaluation réalisée et les critères de prise en charge, le patient risque d'être renvoyé dans l'autre type de structure de soins, qui, à son tour, risque

de l'exclure parce qu'il a une consommation inadaptée de substances. On comprendra que ces patients tombent entre deux chaises et se retrouvent dans un cercle vicieux. Le deuxième obstacle se situe au niveau de l'hétérogénéité des patients. Il est difficile pour les institutions soignantes de faire face à tous les cas particuliers, surtout que ces différences complexifient la prise en charge et la rendent moins efficace. Des études récentes, auprès de personnes souffrant de comorbidité, montrent que certains patients s'orientent vers des services de santé mentale et tandis que d'autres s'orientent vers des services d'addictologie selon des caractéristiques propres (29). La large étendue de problématique et cette « pré-sélection » complique la sélection (« screening ») et la répartition des patients dans le service adapté. Le troisième obstacle se situe au niveau d'une mauvaise évaluation initiale. Un traitement réussi nécessite une évaluation précise, mais l'appréciation et l'établissement d'un diagnostic est rendu ardu par le manque de préparation et de formation des professionnels. Les diagnostics différentiels sont difficiles à poser pour les troubles associés, l'interaction des effets des substances avec les symptômes psychiatriques augmentant la difficulté à isoler des syndromes cliniques. Finalement un quatrième obstacle réside dans les patients eux-mêmes. Ces derniers peuvent utiliser les services qu'ils pensent être le mieux pour eux, faisant fi des recommandations ou des avis spécialisés. La déformation des informations vitales à l'établissement d'un diagnostic peut être due à de la maladresse, être expliquée et rattachée à la souffrance psychologique, ou faire partie d'une stratégie, les patients cachant une part de leurs difficultés pour des raisons personnelles ou afin d'être admis dans l'unité de leur choix (31).

Pour les intervenants qui notent la présence d'une comorbidité, le choix des objectifs thérapeutiques est problématique. Le traitement se déroule selon l'expertise qu'ils possèdent, selon le cadre dans

lequel travaille leur équipe. Les cliniciens ressentent souvent de l'impuissance à ne pouvoir couvrir l'ensemble des difficultés. La référence vers un autre système de soins peut être le passage obligé mais nécessite un travail de collaboration avec une équipe qui possède les compétences complémentaires. Le manque de coordination entre les deux systèmes peut provoquer des points de vue conflictuels sur le diagnostic et le trouble mental « principal », obligeant le patient à répéter ses difficultés dans deux structures de prises en charge différentes et à suivre deux traitements avec des objectifs différents et pouvant être conflictuels.

Afin de recueillir les impressions des utilisateurs des services, plusieurs groupes de discussion ont été organisés à travers le Canada. Ils étaient constitués de cinq à huit patients ou ex-patients et dirigés par un professionnel en santé mentale. La consigne était de décrire les expériences dans les services de santé en suivant une grille pré-établie. Une bonne cohérence s'est dégagée entre les différents groupes. Le thème principal concernait la stigmatisation accrue associée au fait d'avoir deux problématiques (31). Dans le milieu francophone, lorsque les patients ont choisi de révéler leur consommation abusive, ils ont été blâmés, sinon exclus des services. Inversement, lorsqu'ils ont révélé leur détresse psychologique dans certains services d'addictologie, on leur a dit que la souffrance disparaîtrait avec l'abstinence (32). Les autres thèmes concernaient : 1) le grand besoin de soutien et de continuité en relation à leurs problèmes de santé mentale mais aussi face aux difficultés psychosociales; 2) l'existence de deux systèmes de soins parallèles; 3) le délai pour que le vrai problème ne soit reconnu, c'est-à-dire le délai nécessaire à une évaluation tenant compte des deux problématiques, avec l'expérience fréquente d'un diagnostic erroné (il s'écoule souvent des années entre l'entrée en traitement et un véritable diagnostic différentiel).

Les difficultés d'évaluation et de prise en charge pour cette population demandent une adaptation de la part des centres de traitements. Elles requièrent aussi des changements, qui commencent à s'implanter depuis moins d'une quinzaine d'années au Québec, mais de manière générale en Amérique du Nord (33). Le paragraphe suivant aborde l'épineuse question des traitements et de leur efficacité, tant pour les services traditionnels que pour les services « intégrés ».

### **Efficacité des traitements**

Dans l'état actuel des connaissances, il est difficile de présenter un rapport clair sur l'efficacité des traitements pour les patients souffrant de comorbidité. Au sein de la myriade de variables à prendre en considération et des difficultés méthodologiques inhérentes aux plans de recherche évaluatives (12), aucune étude ne permet d'établir des taux de réussite fixes (33) ou des facteurs robustes de succès (34). De plus, en l'absence d'un groupe de contrôle et d'une répartition aléatoire des patients, on ne peut attribuer une amélioration directement aux traitements. Au Centre Dollard-Cormier, en 1997, un programme de traitement conjoint toxicomanie et santé mentale a été mis en place en parallèle des traitements traditionnels. Dans la suite du développement du nouveau service, une recherche évaluative a été mise en place afin de mesurer les résultats. Les conclusions furent surprenantes : après un an de suivi, les patients qu'il a été possible de retracer se sont améliorés dans de nombreuses sphères, dont la consommation, qu'ils aient suivi un traitement ou non. Ce résultat amène à un certain nombre d'interrogations par rapport à l'efficacité des traitements (35), les plus importantes étant : 1) malgré un grand nombre de difficultés et un pronostic plus pessimiste, ces patients s'améliorent; 2) pour eux comme pour les autres cas moins lourds, la décision de s'engager

dans un processus de changement est déterminante. Le seul fait de prendre la décision de venir au centre et d'accepter de faire partie de l'étude semble avoir eu un effet déterminant sur la trajectoire du groupe sous étude. En bref, cette recherche positionnait le changement comme pouvant ne pas être attribué au traitement.

Il est éthiquement inaccessible de concevoir un plan de traitement où certains patients reçoivent un traitement tandis que d'autres n'en reçoivent pas. Cette absence de comparaison est une limite méthodologique dans l'évaluation des traitements et un problème insoluble en raison des exigences des comités d'éthique, bien que l'on sache que le traitement n'est pas la seule manière de s'améliorer. Ces mises en garde faites, le constat des recherches sur l'efficacité des traitements est contradictoire. Certaines études soutiennent l'idée qu'une proportion non négligeable des participants peut atteindre une rémission stable soit par abstinence, soit par consommation modérée (36; 37; 38). D'autres études ne trouvent aucune différence dans la consommation de substances entre la mesure initiale et le suivi à un an ou plus (39; 18; 40; 41; 42).

Certains auteurs vont plus loin en affirmant que les approches traditionnelles de soins qui étaient fondées sur des traitements séquentiels (traitement d'une problématique puis d'une autre) ou en parallèle (traitement des deux problématiques simultanément mais dans des institutions différentes) ont échoué et qu'il faut maintenant des stratégies intégrées (43). La question du type de traitement qui devrait être offert est une des questions centrales que posent les patients de cette constellation de diagnostics. L'équipe de Robert Drake, au New-Hampshire, a eu une influence déterminante, affirmant qu'il fallait développer une approche intégrée. Il faut entendre par traitement intégré (voir tableau I) une prise en charge des patients incluant l'ensemble du tableau clinique, et ce dès

l'admission. Ce plan de traitement doit incorporer une stratégie pour les troubles liés à une substance et une stratégie pour les autres troubles mentaux. Le traitement est alors holistique : l'ensemble des troubles psychiques est pris en compte.

**Tableau II** : Éléments d'un traitement intégré selon l'équipe de Drake (33)

Qu'est-ce qu'un traitement intégré?
(a) le patient participe à un programme qui fournit un traitement pour les deux problématiques;
b) les deux dimensions sont traitées par la même équipe de cliniciens;
(c) les cliniciens ont un champ de compétences en psychopathologie, évaluation et traitement à la fois en santé mentale et en addictologie;
(d) les cliniciens offrent un traitement construit en tenant compte des caractéristiques spécifiques des patients souffrant de comorbidité.

L'intérêt est de permettre des traitements en santé mentale administrés conjointement par une même équipe clinique, de façon à ce que les patients aient une explication cohérente quant à leurs troubles leurs problèmes et aux moyens d'y faire face.

Six recherches de type pré-test/post-test montrent un impact des traitements intégrés (33, 44, 45, 46, 47, 48, 49) tandis que deux recherches quasi-expérimentales, comparant des traitements entre eux, montrent une supériorité du modèle intégré face aux modèles traditionnels (50) ou en 12 étapes (51).

### Traitements intégrés pour les troubles associés

En Amérique du Nord, plusieurs services de psychiatrie et de santé mentale proposent des traitements intégrés. La plupart des provinces canadiennes ont également développé de tels programmes. A Montréal, l'Hôpital Général et le Centre Dollard-Cormier ont été les deux premières institutions publiques, dans les années 1990, à proposer des programmes intégrés pour les patients souffrant de comorbidité. Les deux problématiques sont alors traitées de front par une équipe multidisciplinaire. En 2001, la clinique Cormier-Lafontaine a vu le jour, suite à un projet conjoint entre l'hôpital Louis H.-Lafontaine (Centre Hospitalier de soins psychiatriques) et le Centre Dollard-Cormier (Centre de réadaptation – Alcoolisme - toxicomanie – jeu pathologique). Il s'agit d'un service de 3e ligne, c'est-à-dire composé d'une équipe sur-spécialisée créée dans l'optique d'offrir spécifiquement des services aux patients présentant des troubles associés. Cette équipe est multidisciplinaire et composée de professionnels provenant des deux établissements pré-cités (voir 52 pour une réflexion sur les enjeux du traitement).

Sacks (53), chercheur dans le domaine de l'intégration des recherches et pratiques cliniques, dégage les principes d'une approche intégrée pour ces patients: 1) comprendre la rémission comme un processus interne de changement à long terme; 2) fournir un traitement continu, multidimensionnel et intégrant la double problématique; 3) développer une approche de traitement par stade évolutif (engagement, stabilisation, traitement, prévention des rechutes, etc...)(43); 4) utiliser les ressources personnelles des patients (responsabilité personnelle et support de l'entourage); 5) résoudre des problèmes spécifiques de la vie quotidienne; 6) fournir des services concrets de durée brève, très

structurés; 7) construire une large communauté de soutien pour les patients; 8) intégrer le traitement et le placement en habitation.

Si les plus récentes recherches confirment l'efficacité des traitements intégrés face aux traitements traditionnels (33), le débat n'est pas clos. Ces modalités de soins nécessitent un engagement à long terme dans le traitement et coûtent cher. Le facteur temps est un élément décisif, les études montrant que ces programmes spécialisés ne produisent pas de changements significatifs sur de brèves périodes. L'état de santé des patients s'améliorent plutôt graduellement, et approximativement, 10 % à 20 % des patients atteignent chaque année une rémission stable (43). Cette statistique peut paraître basse, mais il s'agit d'un taux cumulatif, qui remet en perspective le stéréotype « toxicomane un jour, toxicomane toujours ».

### **Qu'est-ce qu'une issue « satisfaisante » à une prise en charge?**

La question d'une issue satisfaisante constitue un véritable test projectif dans le champ des troubles mentaux associés. Selon la tradition, le traitement ne comporte qu'une seule issue satisfaisante : l'abstinence. Par ailleurs, toutes les données précédentes indiquent que nous sommes en présence d'une population dont le traitement est difficile, en raison de leurs symptômes psychiatriques mais aussi en raison des problèmes psychosociaux qu'ils rencontrent. De manière plus large, ces mêmes symptômes sont corrélés avec des difficultés sur d'autres sphères de vie, tels les relations interpersonnelles, le réseau familial, social et professionnel, la santé et le bien-être psychologique.

Comment considérer qu'une fin de traitement est adéquate et satisfaisante? Si, par exemple, une personne réduit son volume de consommation de 3 litres à 1,5 litres de vin, tout en ayant encore des

signes cliniques de troubles liés à une substance, peut-on considérer que le traitement a été efficace parce qu'il y a eu amélioration? Faut-il, avec ces populations, considérer qu'une amélioration est une issue satisfaisante? On sait qu'une quantité même minime de substance peut avoir d'importants effets psychopathologiques chez les personnes souffrant de comorbidité (29). Il s'agirait d'une sensibilité accrue aux effets des substances psychoactives, une seule consommation standard d'alcool pouvant provoquer des effets neurotoxiques significatifs comparativement à la population générale (54). Pour les patients les plus hypothéqués, il est établi que: (a) l'utilisation de petites quantités de substance affecte leur stabilité psychosociale (exacerbation des symptômes, problèmes familiaux et de comportements) (28); (b) très peu (moins de 5 %) sont capables d'atteindre une consommation modérée ou de faire un usage social de l'alcool sans vivre des conséquences négatives, la majorité devant "choisir" l'abstinence (environ 50 %) (55). Cependant, notre équipe a constaté qu'il était préférable de considérer avec le patient que s'il y avait eu amélioration dans plusieurs sphères de sa vie et non juste celle de la consommation, alors il y avait une amélioration. Cette amélioration pouvait alors être considérée comme positive par le clinicien et le patient. De manière plus opérationnelle, McLellan, Woody & Metzger (22) amènent, dans une revue de la documentation, des critères à considérer dans une fin de traitement: (a) la réduction de la consommation de substances psychoactives; (b) l'amélioration de la santé physique, de la santé psychologique et du fonctionnement social; (c) la diminution des risques de santé et de sécurité publique.

Il est également possible de considérer la fin de traitement en terme d'amélioration diagnostique. On parle alors de rémission, au sens du DSM-IV (2).

**Tableau III** : Les différents types de rémission proposés par le DSM IV (2)

TYPE DE RÉMISSION		
DURÉE	Rémission partielle (un mois)	Rémission complète (un mois)
	Rémission partielle (une année)	Rémission complète (une année)

Il s'agit de quatre formes distinctes de rémission fondées sur : (a) l'intervalle de temps qui s'est écoulé depuis la disparition des symptômes (un mois ou une année); (b) l'absence de tout symptôme de dépendance ou d'abus (rémission complète) ou la présence d'un ou plusieurs symptômes sans que le seuil diagnostique ne soit atteint (rémission partielle). Ce critère d'un mois, s'il est un indicateur et un point de repère, est bien entendu sujet à discussion. Il marque néanmoins une amélioration, même transitoire, de l'état du patient.

La position plus restrictive du DSM-IV quant à l'amélioration et la fin de traitement amène un critère clef pour l'évaluation de la fin du traitement : celui de la stabilité de la rémission. La durée requise afin d'être en présence d'une « véritable » rémission provoque bien des débats parmi les chercheurs. Toutes les études ne s'intéressent pas aux mêmes phénomènes et certaines vont être plus conservatrices ou libérales que les autres. En bout de ligne, la rémission implique une évaluation qui s'étend dans le temps. C'est cet indice temporel qui permet de confirmer une diminution significative

de la symptomatologie et/ou de la consommation. À partir de quel moment peut-on écarter les risques d'une rechute? On avance des durées d'un mois (2), un an (2, 56) et même jusqu'à cinq ans (Sobell, Ellingstad, & Sobell, 2000). Les raisons invoquées varient : (a) impératif méthodologique (57); (b) temps considéré comme le minimum requis par les professionnels et les usagers eux-mêmes; (c) haut taux de rechute qui caractérise ces populations (34). Enfin, la rechute est une difficulté souvent perçue comme insurmontable, certains toxicomanes abstinents se pensent en danger de rechute même après des années sans aucune consommation (58).

### **Facteurs de rémission de consommation**

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur les facteurs susceptibles de favoriser la diminution de la consommation ou l'atteinte d'une rémission. Le présent paragraphe présente une recension non exhaustive de facteurs dégagés par les recherches empiriques auprès de patients en traitement. Il s'agit de facteurs de changement intrinsèque au traitement mais aussi liés au contexte de vie des patients et indépendant de la prise en charge (voir tableau III).

Concernant ce dernier facteur, l'étude sur la persévérance en traitement de Landry et al. (21), réalisée au Centre Dollard-Cormier à Montréal avec 810 patients, a permis d'établir deux constats pour les patients souffrant de troubles associés : (a) une probabilité d'entrée en traitement 6.26 fois plus élevée ( $p. < 0.005$ ) que l'ensemble des patients s'il s'agit d'un traitement en interne; (b) une probabilité de quitter le traitement 2.86 fois plus élevée ( $p. < 0.001$ ) que l'ensemble des patients s'il s'agit d'un traitement en thérapie individuelle à l'externe. Ces résultats pointent l'importance du cadre de traitement "interne" versus "externe" dans l'engagement des patients en traitement : on peut

s'attendre à une plus grande persévérance des usagers en interne car ils sont dans un milieu protégé et déjà sur place, ce qui ne veut pas dire que ce même usager, rendu en externe, persévérera dans cette forme de traitement.

**Tableau IV : Facteurs de changement selon les études empiriques**

Quels sont les facteurs de changement relevés par la documentation?
(a) l'évaluation cognitive, c'est-à-dire la comparaison des avantages et des inconvénients que fait le sujet par rapport à sa consommation (59);
(b) le soutien du conjoint (60);
(c) les groupes d'entraide, comme l'association des Alcooliques anonymes (61);
(d) le travail, comme élément stabilisateur du style de vie (62);
(e) la gravité initiale des troubles, qu'il s'agisse des troubles liés à une substance et des autres troubles mentaux (38).
(f) les événements de vie (63)
(g) le type de traitement offert (21)

D'autres éléments ont été dégagés selon une approche qualitative. Il s'agit ici non plus de facteurs empiriques mais de processus de changement révélés à partir d'analyse de contenus du discours. Alverson, Alverson & Drake (64) ont utilisé une approche ethnographique pour suivre pendant deux

ans, sur une base régulière, des patients d'un centre de soins au New-Hampshire. Il s'agissait de 19 individus, sélectionnés auprès de 223 participants à une recherche sur l'efficacité des traitements. Leur approche qualitative a permis de dégager quatre processus pouvant prédire une modification positive de consommation (voir tableau IV).

**Tableau V** : Processus de changement selon l'étude qualitative de Alverson, Alverson et Drake (64)

---

Quels sont les processus de changement décrit par les patients?

---

(a) une activité régulière, intéressante et agréable qui occupe la journée. Il peut s'agir d'un hobby, club, travail qui offre une occupation saine et un réseau social;

---

(b) un hébergement fixe et décent selon le point de vue du patient, pouvant aller d'un abri aménagé à quelque chose d'assez fantaisiste;

---

(c) une relation amoureuse avec une personne saine, qui accepte et comprend les difficultés du patient;

---

(d) une relation établie avec des rendez-vous réguliers auprès d'un professionnel en santé mentale (thérapeute, aide aux employés, case manager).

---

Leur conclusion est que les patients avec des troubles associés considèrent leurs problèmes de consommation et d'abstinence en comparant les gains que chaque mode de vie peut amener. C'est le poids des coûts et bénéfices qui va faire pencher la balance dans un sens ou l'autre.

Cette triangulation des données sur les facteurs de rémission, utilisant à la fois des recherches quantitatives et qualitatives, ouvre la porte à d'intéressants points communs, comme l'importance de l'évaluation cognitive et rationnelle du sujet sur sa situation, points qui auraient tout intérêt à être pleinement intégrés dans les traitements.

### **Conclusion**

Cet article, en brossant un portrait global des troubles associés, a dû sacrifier à la variété des problématiques rencontrées. Les résultats décrivent les grandes lignes, donne la direction par rapport à la moyenne, cherche des tendances. Des différences significatives peuvent apparaître dans le contexte de thématiques précises. C'est par exemple le cas des troubles mentaux graves ou des troubles de la personnalité. Néanmoins, voici brièvement les éléments incontournables :

Dans la population générale, environ 51 % des personnes qui présentent un diagnostic de troubles liés à une substance présentent au moins un autre diagnostic de santé mentale (et vice-versa) (Prévalence à vie issus de la NCS, 65). Dans la population clinique, les taux varient de 50 % à 100 % selon les troubles mentaux et les études considérés.

Les troubles associés se présentent comme des problématiques complexes par rapport à un trouble unique, à cause de l'hétérogénéité et de la gravité des troubles, mais aussi de la synergie entre chacune des problématiques.

Les caractéristiques associés à la comorbidité pèsent lourdement sur l'efficacité du traitement et nécessitent des équipes et des cliniciens spécifiquement formés à cette prise en charge, afin d'éviter un traitement séquentiel (ou effet « ping-pong »).

Les recherches sur l'efficacité des traitements traditionnels pour la clientèle souffrant de comorbidité restent contradictoires mais les premiers résultats des traitements intégrés sont prometteurs. Ces traitements demandent une équipe multidisciplinaire et d'un traitement échelonné sur plusieurs années, constituant des défis de taille pour les équipes soignantes.

La question de l'amélioration peut s'apprécier quantitativement en termes d'une diminution du volume de consommation, fournissant un indicateur dans une démarche de psychothérapie. Une amélioration au sens diagnostic implique une appréciation qualitative, un retrait des signes cliniques durant une durée de temps significative, sans rapport avec un volume de la consommation. La valeur de l'amélioration doit s'apprécier simultanément au niveau des troubles liés à une substance et au niveau des autres troubles de santé mentale.

Les études longitudinales sur l'histoire des problèmes de consommation montrent qu'il s'agit rarement d'une problématique à vie. Mais les variations dans la consommation, tel l'amélioration, la diminution, ou la rémission s'inscrivent dans le temps et selon une trajectoire de changement. Cette trajectoire peut impliquer des moments stables, des améliorations et des rechutes, selon un modèle sinusoïdal plutôt que linéaire.

Pour finir, il faut rappeler que ces résultats ont été construits à partir des données accessibles par la documentation mais qui occultent encore une frange de la population. On sait que la grande majorité des personnes avec un diagnostic unique d'abus d'alcool ne consulte jamais (67). S'il n'y pas encore d'étude disponible pour les personnes souffrant de troubles associés, on peut néanmoins faire l'hypothèse que certains patients ne vont jamais se présenter aux services de santé. Ils ne sont jamais pris en compte dans les études de prévalence, constituant un chiffre « noir » et un phénomène mal

compris. Un des premiers principes de la prise en charge devient alors qu'un patient ne se fait pas mettre à la porte (« no wrong door »), et c'est ce qui devrait constituer la ligne directrice dans les établissements oeuvrant en santé mentale.

### Références documentaires

- (01) Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general populations. *Drug and alcohol dependence*, 77, 139-150.
- (02) American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, D.C.: Author.
- (03) Grant, B.F., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- (04) Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilisation, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1,17-31.
- (05) Kessler, R.C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- (06) Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M., Degenhardt, L. (2000). Alcohol- and drug-use disorders in Australia: Implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 206-213.
- (07) World Health Organization (1994). *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. - 10th Revision. Geneva, Switzerland: WHO.

- (08) Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- (09) Gossop, M., Mardsen, Stewart, D, Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programs in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.
- (10) Rasmussen, S. (2000). Dual Disorders. In Rasmussen (Ed), *Addiction Treatment : Theory and Practice* (pp318-340). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- (11) Rosenthal, R.N., Westrich, L. (1999). Treatment of persons with dual diagnosis of substance use disorder and other psychological problems. In McCrady, B.S. & Epstein, E.E. (Eds), *Addictions: A comprehensive Guidebook* (pp439-476). New York: Oxford University Press.
- (12) Cuffel, B.J. (1996). Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course. *New Directions for Mental Health Services*, 70, 93-105.
- (13) Craig, R.J., Olson, R.E. (1990). MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 230-237.
- (14) Nadeau, L., Landry, M. & Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(6), 592-596.
- (15) RachBeisel, J., Scott, J., Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental disorders: A review of recent research. *Psychiatric services*, 50(11), 1427-1434.
- (16) Room, R. (1998). *The Co-Occurrence of Mental Disorders and addiction: Evidence on epidemiology, utilization and treatment outcomes*. (ARF Research Document Services): Toronto Addiction Research Foundation.

- (17) Abram, K.M., Teplin, L.A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, 46, 1036-1045.
- (18) Cuffel, B.J., Chase, P. (1994). Remission and relapse of substance use disorders in schizopénia: results from a one-year prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 342-348.
- (19) Dixon, L., McNary, S., Lehman, A. (1995). Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 456-458.
- (20) Bartels, S.J., Drake, R.E., McHugo, G.J. (1992). Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. *Clinical and Research Reports*, 149(3), 394-395.
- (21) Landry, M., Cournoyer, L.G., Bergeron, J., Brochu, S. (2001). Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation: effet de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Sciences et comportement*, 28, 3, 115-143.
- (22) McLellan, A. T., Woody, G. E., & Metzger, D. (1996). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable. *Milbank Quarterly*, 74(1), 51-85.
- (23) Drake, R.E., Brunette, M.F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In Galanter (Ed), *Recent Developments in Alcoholism, Volume 14: The consequences of Alcoholism* (pp285-299). New York: Plenum Press.
- (24) Mueser, K.T., Bellack, A.S., Blanchard, J.J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 845-856.
- (25) Owen, F.C., Fisher, E.P., Booth, B.M., Cuffel, B.J. (1996). Medication noncomplicance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853-858.

- (26) Moos, G.A., Brennan, P.L., Mertens, J.R. (1994). Diagnostic subgroups and predictors of one-year re-admission among late-middle-aged and older substance abuse patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 173-183.
- (27) Moos, G.A., Mertens, J.R., Brennan, P.L. (1994). Rates and predictors of four-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 561-570.
- (28) Bartels, S.J., Teague, G.B., Drake, R.E., Clark, R.E. et al. (1993). Substance abuse in schizophrenia: Service utilisation and costs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 227-232.
- (29) Crawford, V., Crome, I., Clancy, C. (2003). Co-existing problems of mental health and substance Misuse (Dual diagnosis): A literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(5), S1-S74.
- (30) Dickey, B., Azeni, H. (1996). Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. *American Journal of Public Health*, 86(7), 973-977.
- (31) Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, ON: Auteur.
- (32) Alarie, S., 2001, *Rapport des « focus group » sur les doubles problématiques toxicomanie et santé mentale*, Montréal, Département de psychologie, Université de Montréal.
- (33) Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G.J., Bond, G.R. (1998c). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
- (34) Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.

- (35) Nadeau, L., Landry, M., Cournoyer, L-G. (2001). Étude descriptive et évaluative d'une programme d'intervention sur la comorbidité : Toxicomanie – Troubles mentaux. Rapport de recherche non publié.
- (36) Dixon, L., McNary, S., Lehman, A. (1998). Remission of substance use disorder among psychiatric inpatients with mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155, 239-243.
- (37) Humphreys, K, Moos, R.H., & Finney, J.W., (1995). Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors*, 20(4), 427-441.
- (38) Schaar, I., Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 36, 70-78.
- (39) Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A. (1995). Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 3, 248-251.
- (40) Drake, R.E., Becker, D.R. (1995). The course of substance use among dually diagnosed patients participating in supported employment program. Unpublished paper.
- (41) Morse, G.A., Calsyn, R.J., Allen G. (1992). Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1005-1010.
- (42) Ravndal, E., Vaglum, P. (1998). Psychopathology, Treatment completion and 5 Years outcome. A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 135-142.
- (43) Mueser, K.T., Noordsy, D.L, Drake, R.E., Fox, L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances: composantes efficaces de programme de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé Mentale au Québec*, 26, 2.

- (44) Bartels, S.J., Drake, R.E. (1996). A pilot study of residential treatment for dual diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 379-381.
- (45) Durrel, J., Lechtenberg, B., Corpse, S. (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 415-428.
- (46) Drake, R.E., McHugo, G.J., Noordsy, D., L. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: four-year outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 150, 328-329.
- (47) Godley, S.H., Hoewing-Roberson, R., Godley, M.D. (1994). *Final Mental Illness and Substance Abuse Report*. Bloomington, Ill: Lighthouse Institute.
- (48) Herman, S.E., Frank, K.A., Mowbray, C., Ribisl, K.M., Davidson, W.S., Bootsmiller, B., Jordan, L., Greenfield, A.L., Loveland, D., Luke, D.A. (2000). Longitudinal effects of integrated treatment on alcohol use for persons with serious mental illness and substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(3), 286-302.
- (49) Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A.B. (1997). Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 33, 113-122.
- (50) Drake, R.E., Yovetich, N.A., Bebout, R.R. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adult. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 298-305.
- (51) Blankertz, L.E., Cnaan, R.A., (1994). Assessing the impact of two residential programs for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 298-305.
- (52) Duhamel, D., Lallemand, V. (2001). Toxicomanie et troubles de la personnalité: Réflexion sur le traitement. *Santé Mentale au Québec*, 26(2), 157-178.

- (53) Sacks, S. (2000). Co-occurring mental and substance use disorders: Promising approaches and research Issues. *Substances Use and Misuse*, 35(12-14), 2061-2093.
- (54) Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- (55) Drake, R., Wallach, M.A. (1993). Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 780-782.
- (56) Cunningham, J.A. (1999). Resolving alcohol-related problems with and without treatment: The effects of different problem criteria. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 463-466.
- (57) Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2000). Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 783-786.
- (58) Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg : Editions Universitaires.
- (59) Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13(4), 259-268.
- (60) Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sobell, M.B., Toneatto, T. (1993). A life span perspective on natural recovery (Self Change) From Alcohol Problems. In Baer, J.S. & Marlatt, G. A. (Eds), *Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues* (pp34-66). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- (61) Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S., Knight, E. (2000). Addictions services: Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 457-476.
- (62) Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., & Gladsjo, J.A., (1994). Environmental Events Surrounding Natural recovery from Alcohol-Related Problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 401-411.

- (63) Burman, S. (1997). The challenge of sobriety: Natural recovery without treatment and self-help. *Journal of Substance Abuse, 9*, 41-61.
- (64) Alverson, H., Alverson, M., Drake, R.E. (2000). An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 36*(6), 557-569.
- (65) Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S. Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- (66) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.
- (67) Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S., Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors, 18*, 347-353.

## Chapitre III La rémission sans traitement : État de la question pour une consommation problématique d'alcool (article II)

### Référence de l'article :

Acier, D., Nadeau, L., Landry, M. (sous presse). La rémission sans traitement : État de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Annales médico-psychologiques*.

### Résumé

Cet article poursuit le double objectif d'une recension des écrits et d'une mise à jour de la documentation sur le thème de la rémission sans traitement des personnes souffrant d'une consommation problématique d'alcool. Il est construit à partir d'une sélection de 26 publications parmi les 95 références recensées. Longtemps considérée comme un phénomène d'intérêt négligeable, la rémission sans traitement acquiert ses lettres de noblesse dans les pays anglo-saxons. De solides études empiriques montrent que la majorité des personnes avec une consommation problématique ne consulte jamais mais qu'une partie substantielle arrive malgré tout à atteindre une rémission. Ce phénomène permet de constater que les trajectoires de changement sont multiples, hétérogènes et peuvent se situer en dehors de l'utilisation des services de réadaptation. D'importantes lacunes demeurent au niveau de l'opérationnalisation du concept et des méthodes permettant d'atteindre cette population cachée. Néanmoins, les principaux facteurs explicatifs font ressortir le

déterminisme de l'environnement et les conséquences négatives de la consommation, notamment sur la santé et les ressources financières.

Mots clefs

Rémission sans traitement, changement par soi-même, services de réadaptation, facteurs de changement, recension de la documentation.

### **Abstract**

This article pursues the double goal of a literature review and a documentation update on remission without treatment for people with dual diagnosis disorders. It has been written from a selection of 26 publications among the 95 listed references. Considered for a long time as a negligible phenomenon of interest, remission without treatment acquires its letters of nobility in English speaking countries. Empirical studies show that the majority of people with a problematic use never consult but a substantial part reach a state of remission. This phenomenon makes it possible to note that pathways of change are multiple, heterogeneous and can happen without the call for rehabilitation services. However, important gaps remain with the operational level of the concept and the methods allowing it to reach this hidden population. Nevertheless, principal explanatory factors emphasize the determinism of the environment and their negative consequences of consumption, in particular, on health and their financial resources.

## Abstract (long version)

This article pursues the double goal of a literature review and a documentation update on remission without treatment for individuals with dual diagnosis disorders. It has been written from a selection of 26 publications among the 95 listed references.

The difficulties in the responsibility of taking charge of patients, the increase in demand, the low rate of success of the treatments are all elements that positioned natural recovery as an impossible phenomenon. The researchers also overlooked this blind spot but the data accumulated does not show the validity of the phenomenon any more than a process in way of exploration.

This article explores the stakes related to natural recovery and provides a groundwork for a better definition of the phenomenon: Must one regard natural recovery as a reduction in the volume of alcohol consumed a reduction in the clinical signs of alcohol disorders?; What duration is required before talking about a stability of the phenomenon and to avoid relapses? These questions must be clear because empirical studies show that the majority of people with a problematic use never consult but a substantial part reach a state of remission.

How to understand this data? The studies show that remission without treatment, although having been observed on a whole extent of gravity of disorders related to alcohol, is more present at the people whose problems are less serious and who has intrinsic resources. The studies show that natural recovery supports a pathway out of addiction where certain forms of consumption remain present rather than a formal model of abstinence (except in the cases of severe problematic use where complete abstinence is mandatory). This data questions the capacity to reach these

populations and the current objectives of the treatments. A compilation of several studies makes it possible to propose an estimate of the rate of prevalence of the remission without treatment. Finally, a summary of the principal instigating factors and maintenance of the remission, coming from quantitative and qualitative studies, are proposed as well as an outlined comparison with other substances.

In brief, this phenomenon makes it possible to think of alcoholism from a different point of view. Pathways of change are multiple, heterogeneous and can happen without the call for rehabilitation services. However, important gaps remain with the operational level of the concept and the methods allowing it to reach this hidden population. Nevertheless, principal explanatory factors emphasize the determinism of the environment and their negative consequences of consumption, in particular, on health and their financial resources.

#### Key-words

Spontaneous remission, natural recovery, rehabilitation services, factors of change, literature review

## Introduction

En 1957, Hans Eysenck, chercheur au Maudsley Hospital de Londres, publie une revue de la documentation scientifique sur les effets des psychothérapies [21]. Il soutient que deux tiers des patients névrotiques restent stables ou s'améliorent sensiblement et de manière spontanée au cours des deux ans qui suivent la survenue de leurs troubles mentaux. Ces résultats sont similaires à ceux des patients qui ont bénéficié d'une psychothérapie. Il serait donc inutile d'utiliser une aide professionnelle! Dans les années subséquentes, plusieurs recherches vont se consacrer à valider l'efficacité des traitements, reléguant le phénomène de rémission spontanée à une nuisance dans l'élaboration des designs expérimentaux. Les facteurs de changement extérieurs au cadre thérapeutique deviennent des variables à contrôler et non des objets d'étude.

Le champ de l'addictologie ne restera pas complètement vierge sur le sujet avec la publication de la première recension de la documentation par Smart en 1975/76 [44] qui confirme l'existence du phénomène de rémission spontanée, qu'il décrit comme se produisant dans un contexte vierge d'intervention formelle. Plus récemment, le phénomène sera également démontré dans le cas du tabagisme où la rémission sans traitement s'avère être la règle [23]. Si un tel phénomène existe pour la dépendance à la nicotine, pourquoi ne serait-ce pas le cas pour d'autres substances? Ce questionnement a été aussi soutenu indirectement par Vaillant [53-55] à travers son étude longitudinale de référence auprès de deux cohortes d'hommes présentant des troubles liés à l'alcool. Rappelons que les 724 participants avaient été interviewés à l'adolescence et avaient fait l'objet de suivis réguliers sur une période de plus de 50 ans. A l'âge moyen de 47 ans, plus de la moitié de ceux

avec un diagnostic de trouble lié à l'alcool étaient abstinents ou consommaient sans symptômes cliniques, c'est-à-dire sans symptômes pouvant conduire à un diagnostic, et n'avaient jamais consulté des services de santé pour leurs difficultés liées à l'alcool. Ces données n'indiquent pas que les traitements ne sont pas efficaces, mais que leurs fonctions peuvent diverger des inférences qui ont été faites en la matière.

Les recherches utilisées dans cet article ont été sélectionnées à partir d'une recension de 95 publications dont le thème majeur était la rémission sans traitement auprès de participants avec une consommation problématique d'alcool uniquement (quel que soit le système de classification utilisé et incluant les études mixtes toxicomanie et alcoolodépendance). La recension, qui s'est voulue la plus exhaustive possible, a inclus les bases de données PsycINFO, Medline et a pris en compte les références croisées à partir des études déjà répertoriées. Une sélection a ensuite été réalisée en fonction de leur robustesse méthodologique et de leur date de publication. Dans un premier temps, huit des 13 recensions de la documentation existante (incluant « Promoting self-change from problem substance use » de Klingemann [28] ont été utilisées (date de publication de 1998 à 2003) pour asseoir un bilan de la documentation. Dans un deuxième temps, un tri a été effectué parmi les publications récentes (janvier 2002 à mai 2005), conservant 18 articles dont 14 études quasi-expérimentales, trois études épidémiologiques et un article théorique. Des études plus anciennes mais considérées comme référence dans le domaine ont également été ajoutées. La majorité provienne des États-Unis, mais aussi du Canada, de la Suède, de l'Allemagne et de la Suisse. La présence d'une distance culturelle entre ces différents pays et l'absence d'études comparatives solides pose la question de la généralisation des connaissances. Si le phénomène est présent à travers de nombreuses

cultures, les processus le composant peuvent différer. La prudence est donc requise dans l'utilisation des informations suivantes même si l'on peut penser que les données ne sont pas si différentes.

Cet article dresse un état de la question en présentant les points suivants : 1) une définition du phénomène et la terminologie employée; 2) les méthodologies utilisées dans ce champ de recherche; 3) l'utilisation des services de réadaptation; 4) la prévalence de la rémission de la consommation problématique d'alcool au niveau épidémiologique et dans les études cliniques; 5) les éléments déclencheurs de rémission et la question des rechutes; 6) les différences entre les consommateurs d'alcool et ceux d'autres substances.

### **Une définition de la rémission naturelle**

Dans le champ des addictions, de nombreux termes peuvent être traduits de l'anglais afin de décrire les individus qui changent sans intervention: « guérison, rémission ou arrêt spontané », « rémission naturelle », « changement par soi-même », « maturation ». Dans le présent texte, le terme de « rémission » est préféré à celui de changement, ce dernier étant d'emploi plus large et surtout commun à de nombreux domaines. Le terme de maturation est délaissé car il introduit une étiologie, où la rémission est comprise dans une perspective développementale. La guérison n'est pas un terme valide étant donné les possibilités de rechute. En médecine, l'expression « rémission spontanée » est utilisée lorsqu'une personne souffrant d'une affection physique ou psychologique connaît une amélioration de son état sans avoir reçu de traitement ou sans intervention professionnelle. Cette position est critiquable, les termes de « spontanée » ou « naturelle » donnent une connotation quelque peu « magique » de la rémission, donnant l'impression qu'il s'agit d'un processus qui coule de source,

provenant d'une sorte d'impulsion naturelle où le sujet est un acteur impuissant et soumis à des forces qui le dépassent. On lui préfère l'expression « sans traitement », à caractère plus neutre.

Une définition de la rémission sans traitement, dans une perspective de recherche scientifique, implique trois conditions : 1) qu'une situation de consommation problématique devienne non problématique, 2) sans aide ou traitement professionnel (traitements traditionnels, médecin de famille, groupes d'entraide (AA), psychanalyse, psychothérapie, etc.), 3) avec une période qui s'étend dans le temps (un mois selon le DSM IV [1] à 5 ans [46]).

La première condition pose la question de l'évaluation et du diagnostic selon deux perspectives : ou bien on privilégie une évaluation des volumes qui passent d'une consommation à haut risque à une consommation « modérée », « à faible risque » ou d'abstinence au terme d'une période donnée; ou bien on privilégie le diagnostic, posé par un professionnel de la santé qui, ayant constaté la présence d'un diagnostic d'abus et/ou dépendance à l'alcool (durée variable dans chaque condition), évalue, au terme d'une période donnée, que le sujet est en rémission. Il peut cependant subsister plusieurs éléments cliniques mais qui n'atteignent pas un seuil psychopathologique. La seule évaluation du volume hebdomadaire de consommation est insuffisante, une grande ou une faible consommation n'étant pas systématiquement synonyme de dépendance ou d'abus mais est toujours variable selon le contexte, la substance et les vulnérabilités individuelles. Par ailleurs, la prise en compte du volume permet de déterminer la consommation à faible risque (les normes de Santé Canada proposent une limite maximum de deux consommations standards par jour, neuf par semaine pour les femmes et 14 pour les hommes), un type de consommation que l'on retrouve souvent dans le cas des rémissions sans traitement. Il reste que l'on trouve des cas, notamment pour ceux qui présentent des cas de

troubles mentaux concomitants graves et persistants où une faible consommation peut quand même être associée à des problèmes liés à l'alcool [42].

La deuxième condition pose la définition du traitement. Qu'est-ce qu'une intervention? Une entrevue brève, unique, et d'une durée de 30mn constitue-t-elle un traitement? Le soutien apporté par les membres d'une communauté, comme les Alcooliques anonymes (A.A.) peut-il être considéré comme intervention? Combien d'entrevues sont nécessaires pour faire état de psychothérapie? Faut-il considérer l'opinion des experts ou celui des utilisateurs? Une définition conservatrice du traitement inclut toute intervention par un individu ou un programme reconnu dont l'objectif principal est de traiter des personnes avec des problèmes de substances. Cela comprend l'utilisation des centres de réadaptation, de services en alcoologie, groupes d'entraide et les A.A., de psychiatres, psychologues ou autres professionnels en santé mentale. Le fait d'introduire les groupes d'entraide comme traitement formel est sujet à débat et certains auteurs [46] recommandent de considérer le nombre de séances dans les A.A. comme critère d'inclusion. Il en va de même des interventions brèves, qui ont fait l'objet d'un grand nombre de recherche et dont l'efficacité n'est plus à mettre en doute [23]. Par contre, l'aide reçue par les amis, parents, personnes de culte ne constitue pas un traitement formel [48].

La troisième condition est celle de la durée et de la stabilité du processus dans le temps. À partir de quel moment peut-on écarter les risques d'une rechute? On avance des durées d'un mois [1], 6 mois [56], un an [1,4,15] et même jusqu'à cinq ans [46]. Les raisons invoquées varient : (a) impératif méthodologique [4]; (b) temps considéré comme le minimum requis par les professionnels et les usagers eux-mêmes; (c) haut taux de rechute qui caractérise ces populations [46].

Pour ces raisons, il est préférable d'adopter une position conservatrice, privilégiant une évaluation diagnostique par rapport à une estimation des volumes et s'étendant sur plusieurs années afin de s'assurer de la stabilité de la rémission. Ce n'est cependant pas la norme actuelle pour les études d'efficacité de traitement en raison des difficultés relatives aux études longitudinales.

### **Pourquoi la rémission a-t-elle été si longtemps ignorée ?**

Les recherches sur le changement sans traitement ne constituent qu'une partie infime des travaux sur l'alcoologie et l'addictologie [47]. Le domaine est même considéré comme un sujet tabou par certains [37]. C'est que le verdict : « Once a addict, always an addict » est un mythe tenace chez les usagers de substances comme chez les professionnels et le fait de travailler essentiellement avec des populations en demande de traitement a fini par occulter toute la réalité du phénomène [27-28]. L'idée qu'une personne avec une consommation problématique d'alcool puisse surmonter ses problèmes sans support professionnel était, et est encore, accueillie avec un certain scepticisme, pour ne pas parler de déni, aussi bien par les professionnels de la santé mentale que l'opinion publique [17-18]. Les acteurs du système sont en contact avec les patients suivis en traitement, c'est-à-dire les cas les plus lourds et les plus difficiles en toxicomanie. L'éclairage est mis sur une frange spécifique des toxicomanes et procure une vision biaisée où les problèmes de substances sont les cas les plus lourds et difficiles. Cette situation crée une sorte de point aveugle dans le spectre des problématiques rencontrées, une zone invisible tant pour les problèmes rencontrés que pour les sorties possibles de la consommation. De plus, le modèle théorique « médical » considère les addictions comme des maladies chroniques [36]. Ce point aveugle est donc particulièrement protégé par la nature

« progressive et irréversible » de l'alcoolisme, incompatible avec la possibilité que les gens touchés puissent changer leur comportement sans le support de traitement intensif. Le patient se retrouve dans une position passive qui nécessite le recours à des experts capables de traiter la maladie. Pendant plusieurs décennies, ce modèle a dominé le champ des addictions et s'oppose naturellement à un modèle de changement par soi-même.

### **Les méthodologies utilisées**

La plupart des articles empiriques utilisés dans cette recension rentrent dans l'un des quatre schèmes suivants : 1) études de prévalence, avec un large échantillon populationnel [12,20]; 2) études cliniques, utilisant une méthodologie mixte quantitative et qualitative [5,57]; 3) études qualitatives [3,29]; 4) plus rarement des études longitudinales [43,55]. Même si le champ de recherche date de plusieurs décennies, il reste relativement éparpillé, et cette hétérogénéité rend difficile les comparaisons. La robustesse méthodologique est également problématique, les recherches étant le plus souvent rétrospectives et exploratoires, et plus rarement prospectives, épidémiologiques ou quasi-expérimentales. Toutes ces méthodes exigent des participants qu'ils reconnaissent, du moins en partie, leurs difficultés. Or le déni est une réalité bien connue dans le champ de l'alcoologie. Nous sommes en présence d'une population « cachée » ou pour le moins difficile d'accès, qui a ses propres raisons pour ne pas faire appel aux institutions. S'il est néanmoins possible de les rejoindre, on peut supposer que nos connaissances ignorent encore plusieurs aspects du phénomène.

### **Validité des données auto-rapportées**

Plusieurs chercheurs et cliniciens sont sceptiques quant à la validité des données recueillies auprès des toxicomanes. Des études ont comparé l'information fournie avec celle de l'entourage (famille proche ou conjoint par exemple) et des archives officielles (pouvant inclure des dossiers de santé, tests d'urine, etc.). Elles démontrent la validité des données auto-rapportées, même sur des thèmes sensibles [10] ou même auprès de toxicomanes incarcérés [30]. Si la véracité des propos n'est pas à mettre en doute, les données rétrospectives où l'on demande aux participants de se souvenir d'événements datant parfois de plusieurs années reste à prendre avec prudence, la capacité cognitive de rappel ayant ses limites.

### **L'utilisation des services de réadaptation**

La question de l'utilisation des services est un indicateur pivot pour la rémission sans traitement. C'est que le recours aux services d'alcoologie est peu commune : moins de 25 % de la population concernée [32,35]. Selon des données conservatrices, le ratio des personnes qui suivront un traitement par rapport aux personnes qui n'en suivront jamais est de 1: 3. Ce ratio diminue à 1: 13 si l'on prend une définition libérale [25,33-34,38]. Ces chiffres posent la question suivante : Qui utilise les services ? L'analyse secondaire faite par Cunningham & Breslin [12] à partir de l'Enquête nationale de santé mentale du Canada (Ontario Ministry of Health, 1995, N=9 953) a analysé les données de 1 084 participants. Seul 36 % des participants avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ont utilisé des services relativement à un trouble lié à l'alcool [29,7 % un

médecin généraliste; 12,3 % des groupes d'entraide (comme les A.A.); 8,1 % en consultation individuelle et 6,7 % des services spécialisés en toxicomanie]. Les facteurs favorisant le recours à des services sont l'âge et la gravité des problèmes de consommation, les personnes avec un diagnostic de dépendance utilisant plus les services que les personnes avec un diagnostic d'abus. D'autres facteurs, tels que le genre et le niveau de scolarité, ne sont pas significatifs. La gravité des troubles, non pas seulement au niveau de la consommation de substances, mais aussi dans d'autres sphères de vie semble être l'élément décisif de la consultation, comme la sensation d'avoir touché un bas-fond (« hit rock bottom »).

### **Qu'est-ce qui empêche les gens de consulter ?**

Les barrières aux traitements sont multiples : 1) la pression sociale et la stigmatisation associées à l'étiquette d'être un alcoolique [52-53]; 2) la croyance que les problèmes ne sont pas assez importants pour vraiment demander de l'aide et que les traitements sont faits pour les gens en situation plus graves; 3) la croyance de pouvoir résoudre ses problèmes ou la volonté de s'en sortir par soi-même [18,46]. D'autres éléments ont été relevés, tels la non-disponibilité des services ou des croyances négatives envers les traitements, font ressortir l'importance du climat social et politique dans les demandes adressées aux institutions [18,46-47,50].

### **Les trajectoires de consommation : Les issues possibles**

On peut classer les rémissions selon trois grandes catégories : 1) sans aucune aide formelle ou informelle; 2) avec une aide mineure, comme quelques participations à des groupes d'entraide (A.A.)

ou un abandon rapide de traitement; 3) en lien avec un traitement formel. Seul les deux premiers cas sont considérés comme des remissions sans traitement. Une étude comparative entre ces catégories [39] déduit des différences entre les deux premières catégories et la troisième, mais une absence de différence entre les deux premières, impliquant que ces groupes n'utiliseraient pas des processus de changement si différents.

Depuis Benjamin Rush (1790) [41], la tradition veut que la rémission se produise uniquement par le biais de l'abstinence, qui « seule protège contre la folie ou la mort », selon l'expression que les A.A. ont emprunté à Rush. Un corpus d'études [36] montre qu'il s'agit d'une proposition qui ne se vérifie pas empiriquement. De manière générale, l'abstinence se rencontre davantage chez les personnes en rémission par traitement tandis que la consommation modérée ou à faible risque se retrouve davantage chez les personnes en rémission sans traitement [45]. Plus des trois-quarts (78.6 %) des individus en rémission sans traitement consomment selon un modèle « à faible risque » (toujours avec le standard d'un maximum de deux verres par jour). En analysant les données d'une enquête populationnelle d'épidémiologie sur les troubles mentaux, Dawson [19] a retracé 4 585 adultes avec un passé de diagnostic de dépendance à l'alcool selon les critères du DSM-III. Dans cet échantillon représentatif de la population, 27,8 % avaient toujours un diagnostic de troubles liés à l'alcool, 49,9 % consommaient sans atteindre les critères de troubles liés à une substance et 22,3 % étaient abstinents. Les participants traités pour des problèmes d'alcool comparés à ceux sans traitement avaient deux fois plus de chance d'être abstinents (38.8 % versus 16.4 %), mais deux fois moins de chance de faire partie du groupe de consommation sans diagnostic (57,8 % et 28,0 %). Ce dernier cas de figure correspond à une consommation contrôlée et/ou non problématique, formule la plus

commune qui met à l'épreuve la traditionnelle vision dichotomique alcoolodépendant/abstinent. Si ce type de recherche ne permet pas de faire d'inférence sur l'efficacité des traitements, il indique des trajectoires préférentielles de sortie de la consommation.

### **La prévalence de la rémission sans traitement**

Il convient de rester prudent avec les taux de rémission, ces derniers variant selon les études et montrant une difficulté à parfaitement opérationnaliser le phénomène [13-17,56]. Le bilan de plusieurs études sur la prévalence [56] révèle que la moyenne des rémissions sans traitement est de l'ordre de 31.4 % (n=8 études) avec une définition libérale de la rémission et de 24.2 % (n=4 études) avec une définition conservatrice (l'étendue s'échelonnant de 14,3 % à 50 % selon la durée de suivi). Les deux paragraphes suivants présentent les différences selon les échantillons étudiés.

Au niveau clinique, Weisner, Matzger, Kaskutas [57] se sont intéressés au devenir des participants selon qu'ils consultaient ou non. Les participants souffraient d'une dépendance à l'alcool et étaient issus soit de la population générale (n=111), soit d'un service spécialisé (n=371). Lors du suivi à un an, le taux d'abstinence était de respectivement de 12 % pour le groupe dans la population générale et 57 % pour le groupe en un traitement. Le succès étant défini par l'abstinence sur les 30 derniers jours. Ce résultat reste fragile en l'absence de groupe de contrôle mais indique que la trajectoire préférentielle suivie par ceux qui consultent conduit à l'abstinence. Parmi les autres facteurs explicatifs, les auteurs précisent qu'une amélioration positive est inversement corrélée à la présence de troubles mentaux associés et à la présence d'autres consommateurs de substances psychoactives

dans le réseau social de la personne. Cet excellent résultat du groupe en traitement pourrait aussi être dû au suivi à un an et à la fenêtre de 30 jours pour l'évaluation de la consommation.

Dans l'enquête longitudinale de Schutte [43] réalisée auprès d'un groupe de 447 consommateurs problématiques et précoces d'alcool issus d'un hôpital de jour, 30 % des participants étaient en rémission (mais pas forcément abstinents) au suivi de 10 ans. En moyenne, les participants abstinents étaient ceux avec une histoire de consommation d'alcool plus précoce, plus grave et des déficits de vie plus importants que ceux avec une trajectoire de consommation non problématique. Ces deux dernières recherches montrent comment les taux peuvent varier selon le niveau de base (population générale ou en traitement) et les critères de rémission (abstinents ou consommation modérée).

Finalement, l'étude de Vaillant [55] amène un regard sur l'évolution naturelle de la consommation problématique d'alcool pendant plus de 50 ans de suivis et montre des taux cumulatifs de 2 % à 3 % de rémission par an, que les participants soient allés en traitement ou non, ce qui confirme l'existence de la rémission tout en mettant en évidence qu'elle peut être attribuée à plusieurs facteurs.

En conclusion, les personnes en traitement représentent la fraction la plus hypothéquée de la population aux prises avec une dépendance à l'alcool, celle avec les troubles les plus graves. Ce sont elles qui adoptent le plus fréquemment l'abstinence. Les cas moins lourds, avec une gravité modérée ou faible, sont ceux qui adoptent une consommation non problématique ou « à faible risque » et les plus à même d'utiliser une trajectoire de rémission sans traitement.

Une catégorie plus légère de trouble ?

On a longtemps pensé que les rémissions sans traitement ne se produisent que pour des personnes faisant un usage récréatif et sans abus des substances. Le phénomène existe également chez des

personnes avec des troubles graves de dépendance ou d'abus à l'alcool [31]. Ce sont les chemins de sortie de la consommation qui ne sont pas les mêmes. King et Tucker [26] ont exploré les différentes sorties de la consommation d'alcool auprès de 55 personnes : pour celles qui deviennent abstinentes, le processus a été drastique et soudain, tandis que les personnes qui passent à une consommation contrôlée disent avoir suivi un parcours plus graduel. Celles qui choisissent l'abstinence diffèrent donc de celles qui choisissent une consommation modérée particulièrement dans les moyens utilisés.

### **Facteurs déclencheurs de rémission**

Les facteurs déclencheurs réfèrent aux éléments susceptibles d'être le point de départ, le « dé clic » qui va provoquer un mouvement vers la rémission.

Un large nombre d'éléments et de facteurs a été relevé dans la documentation. La recension réalisée par Sobell [46] inclut plus de 40 études et répertorient les éléments déclencheurs de rémission (voir tableau V).

**Tableau VI** : Déclencheurs de rémission (par rapport aux 40 études consultées)

Problèmes de santé	17/40
Effets négatifs personnels de la consommation	12/40
Problèmes financiers	12/40
Changements cognitifs vis-à-vis de la substance	11/40
Personnes significatives	10/40
Famille	9/40
Réseau social	8/40
Problèmes légaux	8/40
Raisons religieuses	7/40
Raisons liées au travail	6/40
Changement dans le style de vie	6/40
Peur des conséquences	5/40
Effets négatifs des substances sur d'autres personnes	4/40

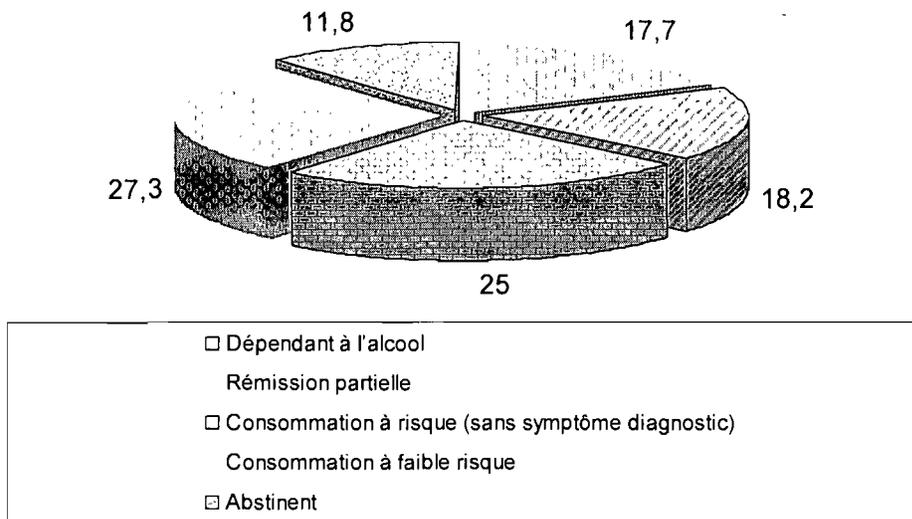
Il convient de distinguer les éléments déclencheurs et les éléments de maintien de la rémission. Une étape critique ne semble pas tant être la diminution de consommation que le maintien de cette diminution. Ces éléments de maintien peuvent être les mêmes que les éléments déclencheurs, être différents ou avoir d'autres fonctions (voir la recension de Sobell [46] pour plus de détails).

Il est possible de synthétiser ces éléments en faisant ressortir trois « méta »-processus poussant au changement : 1) la santé et les conséquences de la consommation reliées à la santé, qui se retrouvent dans toutes les études consultées; 2) l'évaluation cognitive, dans le sens d'une évaluation des coûts-bénéfices, qui pèse le poids des avantages et des inconvénients de la consommation, sans abandonner les croyances ou les affects mais les incluant dans une balance qui va pencher d'un côté ou de l'autre; 3) les conséquences négatives et les dangers reliés à une consommation importante d'alcool [11] ou de la pression et des conflits de couple [39]: C'est le nombre élevé d'événements négatifs qui serait responsable du déclenchement de la rémission.

#### La question des rechutes

Dawson et ses collègues [20] ont repris une étude similaire à celle de 1996 avec un sous-échantillon de participants (n= 4 422) de la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC, N=43 093) présentant un diagnostic de dépendance à l'alcool présent depuis au moins un an. Ces chercheurs se sont intéressés à la situation de consommation durant l'année en cours : 25 % étaient dépendants à l'alcool durant la dernière année; 27,3 % en rémission partielle (critères diagnostiques présents sans atteindre le seuil clinique); 11,8 % sans atteindre le seuil clinique mais avec une consommation à risque; 17,7 % une consommation à faible risque et 18,2 % abstinents (voir figure 2). On constate donc de fortes variabilités et des fluctuations importantes dans la consommation, même sur des courtes périodes.

**Figure III : Distribution de la consommation un an après l'évaluation**



Vaillant [55] observe dans son échantillon un taux de rechute de 41 % après 2 ans d'abstinence, mais ce chiffre chute ensuite considérablement après chaque nouvelle année d'abstinence, et il est de 7% après 6 ans. Cependant, une rechute peut se produire après 10 ans d'abstinence, bien que le phénomène soit très improbable. Ces résultats confirment le besoin de considérer un suivi à moyen ou à long terme (plusieurs années) afin de s'assurer de la stabilité du phénomène.

### **Situation dans les ethnies**

La rémission sans traitement a aussi été constatée dans d'autres groupes ethniques bien qu'il s'agisse de recherches isolées qui ne permettent pas un véritable travail de comparaison interculturelle. Le phénomène s'inscrit dans d'autres contextes culturelles mais n'a pas une portée universelle. Outre les

pays citées en introduction, une recension de la documentation a relevé que le phénomène a été observée par : (1) Bezdek, Croy & Spicer [3] dans une étude par questionnaire auprès de 1 111 Amérindiens vivant aux USA en utilisant deux questions ouvertes: « Qu'est-ce qui vous a aidé à réduire ou à cesser de boire ? » et « Qu'avez-vous fait à la place de boire, quand vous aviez le goût de consommer? » (traduction libre). Les analyses montrent que les « raisons » compilées par les auteurs sont similaires aux facteurs de rémission décrits aux paragraphes précédents, exceptés chez les femmes où la réponse la plus fréquente est reliée à la prise en charge des enfants et à la grossesse (30,1 % des participantes); (2) Brady [6], lors d'une recherche ethnographique auprès d'Aborigènes d'Australie, qui a réalisé plusieurs études de cas très précises du processus de transformation de l'état de consommateur problématique d'alcool à celui d'abstinent; (3) Chen [58] auprès de prisonniers israéliens où le chercheur montre l'impact de la rémission sur le style de vie, caractérisé par une augmentation de comportements adaptés au milieu carcéral et une diminution de symptômes anxieux et dépressifs.

Finalement, la recherche de Cameron, Manik, Bird, Sinorwalia [7] est une recherche réalisée en Angleterre répertoriant les explications données par les participants pour arrêter leur consommation d'alcool. L'étude compare un groupe local et un groupe composé d'immigrants Indous. Il y a ici encore une confirmation des facteurs de rémission même si leur ordre d'importance diffère dans les deux groupes.

### **Qu'en est-il des autres substances psychoactives ?**

Un phénomène répandu pour toutes les SPA

Le phénomène de la rémission sans traitement a été également observé avec plusieurs autres substances psychoactives comme le cannabis [59, 60, 61], la cocaïne [50, 62], l'héroïne [8, 63, 64, 65], les opiacées [49, 65, 66] et les amphétamines [5]. Néanmoins, les études sont moins nombreuses que pour l'alcool et sont méthodologiquement moins robustes, soit à cause d'échantillons restreints, soit à cause de la méthode de recrutement des participants (« boule de neige »), souvent peu représentative de la population.

#### Une prévalence encore incertaine

La prévalence de la rémission pour les autres substances psychoactives ne peut être, pour l'instant, chiffrée avec précision, les études citées précédemment s'intéressant principalement à la présence du phénomène et à sa compréhension. Quelques exceptions présentent une robustesse certaine, mais concernent des sous-groupes spécifiques de la population, comme la recherche de Price, Risk & Spitznagel [68] auprès d'une cohorte de 841 vétérans du Viet-nam montrant que la quasi-totalité des consommateurs problématiques de drogues (sédatifs, stimulants, cannabis, cocaïne, opiacés) ont peu à peu atteint une rémission sans traitement sur une période de 25 ans; celle de Anglin, Brecht, Woodward et al. [65] avec des héroïnomanes ayant reçu une infraction dans l'État de la Californie et montrant une rémission de 56,4% sur une période de 12 ans; celle de Perkonig, Lieb & Hofler et al. [60] réalisée en Allemagne auprès de 1 228 adolescents avec une consommation problématique de cannabis et montrant une rémission de 26.1% pour une période de 19.7 mois. Dans l'état actuel des connaissances, d'autres études sont nécessaires avant d'avancer des chiffres stables.

#### Facteurs de rémission sans traitement pour les drogues

Parmi les facteurs de rémission cités par les recherches, on trouve :

- 1) les conséquences négatives de la consommation, comme les problèmes de santé et incluant le phénomène de « toucher le fond » [49, 61, 66, 67];
- 2) les changements dans les valeurs personnelles, les objectifs de vie ou l'identité [49, 66, 67];
- 3) la balance décisionnelle des gains et des difficultés engendrées par la consommation [50, 59];
- 4) l'évitement des lieux de consommation, comme prendre une distance géographique [59];
- 5) « L'épuisement de l'expérience », lorsque les consommateurs se rendent compte que la consommation ne procure plus ce qu'ils en attendaient [8];
- 6) la survenue d'événements de vie critique [50, 56];
- 7) la substitution de SPA problématiques pour des SPA moins nocives (caféine, nicotine) [61];

#### Comparaison entre les consommateurs problématiques d'alcool et ceux d'autres SPA

Dans une étude comparant des usagers d'héroïne et d'alcool, Klingemann [27] constate que les anciens usagers d'héroïne ont eu plus de difficultés à atteindre un niveau stable de rémission que les usagers d'alcool en raison des effets de la substance (*craving* plus fréquents) et de stressseurs plus importants. Mais, de manière surprenante, une fois cette stabilité atteinte, le nouveau style de consommation sans rechute durait plus longtemps chez les ex-héroïnomanes que chez les ex-alcooliques. L'auteur soumet l'hypothèse que ces derniers sont toujours confrontés à des situations à risque de consommation et à la disponibilité de l'alcool.

Plusieurs auteurs [5, 8, 49, 56] nomment le changement d'identité sociale comme élément de maintien. Ils soutiennent l'idée que les usagers de substances illégales sont plus marginalisés et vivent une détresse plus importante que les consommateurs d'alcool. En conséquence, un changement

nécessite des remaniements de vie plus importants, car il implique une nouvelle perception de soi et de ses relations avec autrui, et non seulement au niveau de la consommation de substances. Le changement est initialement plus difficile mais une fois mis en place, il est plus durable.

Dans deux études rigoureuses, Blomqvist [5] compare des participants en rémission selon un design 2 \* 2 [alcool, autres substances psychoactives] \* [traitement, pas de traitement]. Les usagers de drogues rapportent souvent le besoin de changer de vie (« *leave the scene* ») comme un important pré-requis, tandis que les usagers d'alcool citent des problèmes de santé physique. De manière générale, les usagers de drogues semblent avoir besoin de plus d'incitatifs, en terme de nombre et d'importance, pour commencer à penser à s'arrêter ou à chercher de l'aide, comparativement aux usagers d'alcool.

Finalement, si un certain nombre d'études existe quant à la rémission sans traitement pour les SPA illégales, il serait important d'effectuer de nouvelles recherches afin de mieux documenter l'importance du phénomène et ses spécificités par rapport à l'alcool.

## Conclusion

Ces études sur la rémission sans traitement ouvrent la porte à un phénomène méconnu et pousse à s'interroger sur le rôle des traitements. Pourquoi les cas de rémission sans traitement sont si mal connus par rapport à ceux et celles qui utilisent des services ? Le traitement peut constituer une voie efficace mais il n'est ni une obligation ni une condition suffisante, la rémission pouvant se développer selon de multiples trajectoires : Toutes les études s'accordent à dire que la grande majorité des personnes aux prises avec un problème de substances ne vont pas aller chercher de

l'aide. Même si cela peut remettre en question les croyances des cliniciens, il faut reconnaître qu'un nombre substantiel de personnes avec une consommation problématique d'alcool peut résoudre ses problèmes sans traitement formel ni groupe d'entraide. Ces personnes vivent de réels problèmes, bien qu'elles présentent en général des problèmes moins lourds sur le continuum de gravité que celles qui rentrent en traitement. La préférence de ne pas consulter n'indique donc pas une inadéquation des traitements, mais pousse à s'interroger sur l'accessibilité et la fonction des services. Quelles formes d'interventions pourraient rejoindre ces populations ? Un modèle récent propose de multiples interventions brèves, utilisant les forces de l'individu et de son environnement et sur une longue période de temps, plutôt qu'une seule intervention de longue durée (voir Klingemann, [28], p652). Un traitement ne constitue pas une panacée et tous les acteurs de santé reconnaissent l'importance de la motivation et de la volonté dans la démarche de réadaptation. En cela, la rémission sans traitement n'a rien d'exceptionnel, le sujet étant allé chercher ailleurs les moyens pour s'en sortir, rappelant, comme le soulignait Karen Horney, que « la vie est la meilleure des thérapies ».

### Références documentaires

- [1] American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, D.C.: Author.
- [2] Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir H., Terry, M. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97(10),1329-37.
- [3] Bezdek, M., Croy, C., Spicer, P. (2004). Documenting natural recovery in American-Indian drinking behaviour: A coding scheme. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4), 428-433.
- [4] Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2000). Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *Journal of studies on Alcohol*, 61, 783-786.
- [5] Blomqvist, J. (2002). Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 119-158.
- [6] Brady, M. (1995). *Giving away the grog. Aboriginal accounts of drinking and not drinking*. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.
- [7] Cameron, D., Manik, G., Bird, R., Sinorwalia, A. (2002). What may we be learning from so-called spontaneous remission in ethnic minorities? *Addiction Research & Theory*, 10(2), 175-182.
- [8] Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg : Editions Universitaires.
- [9] Chanut, F., Brown, T., Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 413-419.

- [10] Chermack, S.T., Singer, K., & Beresford, T.P. (1998). Screening for Alcoholism among medical inpatients: How important is corroboration of patient self-report? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1393-1398.
- [11] Cunningham JA, Blomqvist J, Koski-Jannes A, Cordingley J. (2005). Current heavy drinkers' reasons for considering change: results from a natural history general population survey. *Addictive Behavior*, 30(3), 581-584.
- [12] Cunningham JA, Breslin FC. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behavior*, 29(1), 221-223.
- [13] Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: The predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.
- [14] Cunningham, J. A. (2000). Remissions from drug dependence: Is treatment a prerequisite? *Drug and Alcohol Dependence*, 59(3), 211-213.
- [15] Cunningham, J.A. (1999). Resolving alcohol-related problems with and without treatment: The effects of different problem criteria. *Journal of studies on Alcohol*, 60(4), 463-466.
- [16] Cunningham, J.A., Lin, E, Ross, H.E., Walsh, G.H. (2000). Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors*, 25(2), 317-321.
- [17] Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B. (1998). Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups. *Addictive Behaviors*, 23(3), 399-404.
- [18] Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S., Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347-353.

- [19] Dawson, D.A. (1996). Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcohol and Clinical Experimental Research*, 20(4), 771-779.
- [20] Dawson, DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- [21] Eysenck, H.J. (1957). The effects of psychotherapy : An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- [22] Finney, J. W., Moos, R. H., & Timko, C. (1999). The course of treated and untreated substance use disorders: Remission and Resolution, Relapse and Mortality. In B.S. McCrady & E.E. Epstein (Eds). *Addictions: A comprehensive Guidebook* (pp. 30-49). New York : Oxford University Press.
- [23] Fiore, M.C., Novotny, T.E., Pierce, J.P., Giovino, G.A., Hatziandreu, E.J., Newcomb, P.A., Surawiez R.M. et al. (1990). Methods used to quit smoking in the United States. *Journal of the Medical Association*, 263, 2760-2765.
- [24] Fleming, M.F. (2003). Brief interventions and the treatment of alcohol use disorders: current evidence. *Recent Developments in Alcoholism*, 16,375-90.
- [25] Hasin, D., Grant, B. (1995). AA and other help seeking for alcohol problems: Former drinkers in the U.S. general population. *Journal of Substance Abuse*, 7, 281-292.
- [26] King, M.P., Tucker, J.A. (2000). Behavior change patterns and strategies distinguishing moderation drinking and abstinence during the natural resolution of alcohol problems without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 48-55.

- [27] Klingemann, H. K. H. (2001). *Natural recovery from alcohol problems*, Heather, Nick (Ed); Peters, Timothy J. (Ed). (2001). International handbook of alcohol dependence and problems. (pp. 649-662).
- [28] Klingemann, H.K.H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgings, D., Hunt, G., Junker, C., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M., Tucker, J. (2001). Natural recovery or recovery without treatment from alcohol and drug problems, as seen from survey data. In *Promoting self-change from problem substance use. Practical implications for policy, prevention and treatment* (pp. 65-76). London: Kluwer Academic Publishers.
- [29] Kubicek, K.R. Morgan, O.J., Morrison, N.C. (2002). Pathways to long-term recovery from alcohol dependence : Comparison of spontaneous remitters and AA members. *Alcohol Treatment Quarterly*, 20(2), 71-81.
- [30] Landry, M., Brochu, S., Bergeron, J. (sous presse). Validity and Relevance of Self-Report Data Provided by Criminalized Addicted Persons in Treatment. *Addiction Research and Theory*.
- [31] Maltzman, I. (1994). Why Alcoholism is a disease. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 13-31.
- [32] Marlatt, G.A., Tucker, J., Donovan, D.M. & Vuchini, R.E. (1997). Help-seeking by substance abuser: The role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. In L.S. OnFken, J.D. Blaine, & J.J. Boren (Eds), *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependant individual in treatment* (National Institute on Drug Abuse Monograph No 165). Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institute of Health, pp44-84.

- [33] Narrow, W.E., Regier, D.A., Rae, D.S., Mander-Scheid, R.W., Locke, B.Z. (1993). Use of services by persons with mental health and addictive disorders: findings from the National Institute of Mental Health epidemiologic area program, *Archives of General Psychiatry*, 50, 95-107
- [34] Nathan, P.E. (2003). The role of natural recovery in alcoholism and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 279-286.
- [35] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (1997). Ninth special report to the US. Congress on alcohol and health. Washington, DC: Author
- [36] Pattison, E.M., Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.
- [37] Peele, S. (2001, Summer). Change is natural. This is why therapists and helpers must embrace natural process. *SMART recovery news & views*, 7-8.
- [38] Roizen, R., Cahalan, D. and Shanks, P. (1978) Spontaneous remission among untreated problem drinkers, in *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues* (ed. D.B. Kandel), Hemisphere: Washington, DC, pp. 197-221.
- [39] Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2002). The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.
- [40] Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2002). The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.

- [41] Rush, B. (1790). *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the body and mind*. Boston: Thomas and Andrews. In Y. Henderson: *A New Deal in Liquor; a Plea for Dilution*. New York: Doubleday, Doran & Company, Inc.
- [42] Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, ON: Auteur.
- [43] Schutte, K.K., Nichols, K.A., Brennan, P.L. & Moos, R.H. (2003). A ten-year follow-up of older former problem drinkers: risk of relapse and implications of successfully sustained remission. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 178-188.
- [44] Smart, R.G., (1975/76). Spontaneous Recovery in Alcoholics : a review and analysis of the available research. *Drug and Alcohol Dependence*. 1, 277-285.
- [45] Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sobell, M.B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86, 966-972.
- [46] Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- [47] Sobell, L.C., Sobell, M.B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W.R. Miller, & J. Greley (Eds.) *Self control and the Addictive Behaviors*, (pp. 198-242). New York : Maxwell Macmillan.
- [48] Stall, R. (1983). An examination of spontaneous remission from problem drinking in the bluegrass region of Kentucky. *Journal of Drug Issues*, 13, 191-206.

- [49] Stall, R., Biernacki, P. (1986). Spontaneous Remission from the problematic use of substances: An inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco, and food/obesity literatures. *The International Journal of the Addiction*, 21(1), 1-23.
- [50] Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13(4), 259-268.
- [51] Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 237-242.
- [52] Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. (2004b). Different variables are associated with help-seeking patterns and long-term outcomes among problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 29(2),433-439.
- [53] Vaillant, G.E. (1983). The natural history of alcoholism : Causes, patterns and paths to recovery. Harvard University Press: Cambridge, MA.
- [54] Vaillant, G.E. (1995). The natural history of alcoholism revisited. Harvard University Press: Cambridge, MA.
- [55] Vaillant, G.E. (1996). A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archive of General Psychiatry*, 53(3), 243-249.
- [56] Walters, G. D. (2000). Spontaneous remission from alcohol, tobacco, and other drug abuse: Seeking quantitative answers to qualitative questions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 443-460.
- [57] Weisner, C., Matzger, H., Kaskutas, L.A. (2003) How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependant individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911.

- [58] Chen, G. (2006). Natural Recovery from Drug and Alcohol Addiction Among Israeli Prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*. 43(3), 1-17.
- [59] Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Eickleberry, L., Golden, C.J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviors*, 31(3), 519-530.
- [60] Perkonigg, A., Lieb, R., Hofler, M., Schuster, P., Sonntag, H., Wittchen, H.U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94(11), 1663-78.
- [61] Copersino, M.L., Boyd, S.J., Tashkin, D.P., Huestis, M.A., Heishman, S.J., Dermand, J.C., Simmons, M.S., Gorelick, D.A. (2006). Quitting Among Non-Treatment-Seeking Marijuana Users: Reasons and Changes in Other Substance Use. *The American Journal on Addictions*, 15(4), 297-302.
- [62] Gathright, W.M. (1991). A comparative study of Black cocaine addicts success patterns through natural recovery and/or drug treatment center methods. *Dissertation Abstracts International*. 52(5-A), 1906.
- [63] Jorquez, J.S. (1983). The retirement phase of heroin using careers. *Journal of Drug Issues*, 13, 343-365.
- [64] Klingemann, H.K. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *International Journal of the Addictions*. 27(12), 1359-1388.
- [65] Anglin, M. D., Brecht, M. L., Woodward, J. A., Bonett, D.G. (1986). An empirical study of maturing out: conditional factors. *International Journal of the Addictions*, 21, 2, 233-246.

- [66] Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia, Pennsylvania: Temple University Press.
- [67] Waldorf, D., Reinarmann, C., Murphy, S. (1991). *Cocaine Changes: The experience of using and quitting*. Philadelphia, Pennsylvania: Temple University Press.
- [68] Price, R.K., Risk, N.K., Spitznagel, E.L. (2000). Remission from drug abuse over a 25-year period: patterns of remission and treatment use. *American Journal of Public Health*, 91, 7, 1107-1113.

## CHAPITRE IV Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie - santé mentale (ARTICLE III)

### Référence de l'article:

Acier, D, Nadeau, L., Landry, M. (2007). Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie - santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, 32(2), 59-82.

### Résumé

Cette étude est un suivi rétrospectif sur cinq ans qui examine les variations dans la consommation de substances psychoactives et les déterminants de ces variations. C'est une recherche exploratoire auprès d'un sous échantillon de 22 participants, sélectionnés à partir d'un échantillon initial de 197 patients, présentant à la fois des problèmes de consommation problématique de substances et de santé mentale. Au niveau quantitatif, la comparaison statistique entre les deux temps de mesure montre une amélioration de la consommation problématique de substances psychoactives et une absence de changement au niveau de l'état psychologique, de la santé, des relations familiales/interpersonnelles, des problèmes sociaux et judiciaires et de l'emploi. Au niveau qualitatif, l'analyse de la perspective subjective des participants indique que les deux principaux éléments de progression de la consommation sont les effets et la disponibilité des substances. Les principaux éléments de diminution de la consommation sont l'utilisation des services, des techniques

personnelles mises au point par les participants, le réseau familial, les atteintes à la santé physique, le manque de ressources financières, les activités « occupationnelles » et un processus de maturation.

### **Abstract**

This paper is a retrospective study with a five year follow-up which examines the variations in substance use and the determinants of these variations. This exploratory research studied a subsample of 22 participants, selected from an initial sample of 197 patients with concurrent substance use and other mental health disorders. At the quantitative level, the statistical analysis show an improvement in the problematic use of psychoactive substances but no change in psychological state, health, family and interpersonals relations, as well as employment. At the qualitative level, the analysis of the participant's subjective view indicate that the two main elements of progression in substance use are the effects and the availability of substances. The main elements of reduction in substance use are the use of services, the personal techniques developed by participants, the family network, physical health, lack of financial resources, "occupational" activities, and a process of maturation.

## Contexte de la recherche

Les personnes souffrant d'une problématique concomitante de toxicomanie et de santé mentale sont l'un des sous-groupes posant le plus de défis aux institutions soignantes : la prévalence élevée de ce groupe au sein des centres de réadaptation en toxicomanie ou en psychiatrie, une étiologie multiple et les problèmes reliés à l'utilisation des services ont suscité le développement de ce champ de recherche (voir Acier & Nadeau, 2005 pour une recension en français). Il s'agit d'un enjeu qui ne fait plus de doute : une recherche dans PubMed indique l'existence de 286 recensions de la documentation avec le terme « dual diagnosis ».

La plus récente étude d'épidémiologie psychiatrique, la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition (NESARC)*, a constaté, pour une prévalence sur 12 mois, que 19,67% des individus avec un diagnostic de troubles liés à une substance souffrent d'au moins un trouble de l'humeur, tandis que 17,71% présentent également au moins un trouble anxieux. Les prévalences sont généralement plus élevées pour les diagnostics de dépendance que pour ceux d'abus, particulièrement ceux de dépendance aux drogues (Grant, Stinson, Hasin, Dawson, Chou, Dufour, et al. 2004). Dans les centres de traitements, on considère maintenant que les troubles concomitants représentent la norme plutôt que l'exception (Crawford, Crome, & Clancy, 2003; Drake, 2005).

En comparaison avec une clientèle présentant un diagnostic unique, ces patients utilisent plus souvent les centres de traitement, mais refusent plus souvent les services qui sont offerts (Mueser, Bellack & Blanchard, 1992; Owen, Fisher, Booth, & Cuffel, 1996), rechutent plus fréquemment (Landry, Cournoyer, Bergeron, & Brochu, 2001; McLellan, Woody, & Metzger, 1996), adhèrent peu

au traitement, bien qu'ils demandent plus souvent une réadmission en traitement (Moos, Brennan, & Mertens, 1994; Moos, Mertens, & Brennan, 1994) et présentent un pronostic moins favorable (Rachbeisel, Scott, & Dixon, 1999). C'est une population difficile à servir et qui exige un engagement au long cours des établissements et des services (Drake, 2005).

Il existe peu de données empiriques au niveau des éléments et processus faisant varier la consommation. Un groupe de chercheurs réunis par le *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* a recommandé, en plus des mesures pré et post-traitement pour quantifier les améliorations, de recourir aux méthodologies qualitatives afin de préciser les aspects des processus de changement qui sont encore peu compris (Battjes, Onken & Delany, 1999). Pour comprendre ces variations, il est nécessaire d'étudier les processus de changement selon une perspective subjective et qualitative, ce qui nécessite une approche inductive favorisant la description phénoménologique du phénomène (Toneatto et al., 1999).

## **Objectifs**

Cette étude s'intéresse aux variations de la consommation de SPA et à la perspective subjective des personnes face à leur état: Comment perçoivent-elles le(s) traitement(s)? Qu'est-ce qui a facilité, selon elles, leur amélioration? Qu'est-ce qui a contribué à la détérioration de leur état? Les questions relatives à la diminution de la consommation selon une perspective subjective sont centrales pour des meilleures planifications et organisations des services. Nos objectifs sont de décrire les variations dans la consommation de SPA et de dégager les éléments et processus qui déterminent ces variations à partir d'une analyse du point de vue des participants.

## Méthode

### Contexte de l'étude

À Montréal, le Centre Dollard-Cormier (CDC), un centre de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique, a instauré depuis 1997 un service spécialisé pour répondre aux besoins de patients toxicomanes présentant d'autres troubles mentaux concomitants. Le critère d'admission étant de présenter une problématique de santé mentale, selon l'évaluation d'un intervenant et à l'aide de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT; Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois & Trepanier, 1992 ; voir section des instruments de mesure). Une évaluation de l'efficacité du programme a été réalisée auprès de 197 patients (temps I) avec un suivi à sept et 13 mois (temps II et III) (Nadeau, Landry, & Cournoyer, 2001). Les résultats obtenus ont été surprenants: Pour les participants rejoints au temps III, on a constaté une amélioration de la moyenne à plusieurs des échelles de l'Indice de gravité d'une toxicomanie, notamment la consommation de substances psychoactives, et ce, autant pour le groupe ayant suivi le traitement que pour le groupe n'ayant pas suivi le traitement ou l'ayant rapidement abandonné. Ces résultats, déterminés quantitativement à l'aide de l'IGT avec un suivi de 13 mois, ont poussé l'équipe à la recherche de nouvelles pistes de compréhension incluant un volet qualitatif en plus d'un instrument objectif. La diminution de consommation constatée est encourageante, mais le fait qu'elle puisse aussi se produire sans utilisation de services questionne le rôle des traitements.

La présente étude a réalisé un temps IV, cinq ans après le premier contact, qui comprend: (a) un suivi longitudinal et rétrospectif de la consommation problématique de SPA sur la période du temps I au

temps IV, à l'aide de deux questionnaires autorévélés; (b) l'exploration des mécanismes faisant varier la consommation selon le point de vue des participants, à l'aide d'une entrevue centrée et dans une perspective phénoménologique.

### **Description de l'échantillon**

Le recrutement s'est effectué par le biais d'un échantillonnage théorique, c'est-à-dire déterminé à l'avance afin de constituer un échantillon qui inclut l'information désirée, ce qui est recommandé en recherche qualitative pour assurer la qualité de l'information (Miles et Huberman, 2003). Des 93 participants du temps III, une sélection de 22 participants a été effectuée parmi ceux présentant une diminution de leur consommation. La sélection a utilisé deux critères de diversification : (1) l'exposition au traitement du CDC (« peu ou pas d'heure de traitement » *versus* « beaucoup ») et (2) le genre. Cette diversification est recommandée au sein d'un groupe restreint afin d'atteindre une saturation empirique des processus de changement (Pires, 1997). Depuis le dernier contact, plus de quatre ans s'étaient écoulés, sans mise à jour de l'adresse et des numéros de téléphone. Il n'a donc pas été possible de rejoindre tous les participants selon l'ordre de préférence établi, ce qui a provoqué une baisse involontaire du taux de participation. Cependant, personne n'a refusé de participer à la recherche une fois le contact établi.

L'échantillon est composé de 13 hommes et neuf femmes : 12 des participants bénéficient de la sécurité du revenu et huit ont des emplois, dont trois à temps plein et cinq à mi-temps. Parmi ceux travaillant à mi-temps, deux sont étudiants. Les revenus sont en moyenne de 13 500 \$/par année, comparativement à un revenu personnel moyen par habitant au Québec en 2004 de 28 595\$/par année (Institut de la statistique du Québec, 2006). Si cinq participants vivent avec un conjoint, 18

vivent seuls. La majorité des participants, soit 65% (14), ont un usage problématique de plusieurs substances : alcool (12), cannabis (9), cocaïne (7) et les huit autres ont une consommation problématique d'alcool uniquement. D'après les dossiers médicaux, tous les participants souffrent d'un trouble mental et dix participants présentent plus d'un trouble. La répartition pour l'ensemble de l'échantillon est la suivante : troubles de l'humeur (n=16), troubles anxieux (n=6), troubles de la personnalité (n=6), psychose et schizophrénie (n=5). La période d'utilisation des services, recensée entre le temps III et le temps IV, s'échelonne d'une absence de services jusqu'à des consultations de près d'une année. Au cours de la période de suivi, six participants n'ont pas utilisé de services de santé mentale/toxicomanie (groupe d'entraide y compris), six ont fait une utilisation « courte » (moins de trois rencontres) et dix ont fait une utilisation « longue » (au moins quatre rencontres). Un contrôle a été réalisé au niveau de l'utilisation d'autres ressources en santé mentale et toxicomanie, ce qui sera décrit dans la partie des résultats qualitatifs.

Une comparaison a été réalisée aux niveaux socio-démographiques entre les temps de mesure I, III et IV. Au temps I, à l'admission des 197 patients, la moyenne d'âge était de 38 ans et aurait donc dû être d'environ 43 ans au temps IV. Pour les 22 participants, la moyenne d'âge est de 49 ans, soit de trois ans plus élevés que ce qui serait normalement attendu. C'est la seule différence, les autres temps de mesure n'étant pas statistiquement différents.

### **Instruments de mesure**

Cinq sources de données ont été considérées: (1) l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) - version abrégé (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois & Trepanier, 1992) ; (2) le *Timeline followback* (TLFB) (Sobell & Sobell, 1992), (3) une entrevue qualitative, (4) le dossier d'usager conservé au CDC

(soit les évaluations psychiatriques, les notes évolutives des intervenants et l'utilisation des services),  
(5) une partie des informations recueillie lors de l'étude de Nadeau et al. (2001) en 1997-1998 (temps I) (soit les données démographiques, l'IGT de 1998 et l'IGT version abrégé de 1998-1999).

### **L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)**

L'IGT est la version française de l'*Addiction Severity Index* (ASI, McLellan et al., 1980). La version originale présente de bonnes qualités psychométriques (Hendricks, Kaplan, Valimbeek & Geerling, 1989). C'est un outil psychométrique largement utilisé et standardisé dans l'évaluation de la clientèle toxicomane au Québec (Guyon et al, 1998), dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes et comparables à la version anglophone (Bergeron et al., 1992). L'IGT permet d'évaluer les participants sur sept échelles, soit: alcool, drogues, état de santé physique, relations familiales/interpersonnelles, état psychologique, emploi/ressources, situation judiciaire. La version abrégée utilise une fenêtre de 30 jours. Cet instrument a été utilisé dans sa version longue en 1997-1998 (temps I) puis sa version abrégé a été utilisée à deux reprises en 1998-1999 (temps II et III) et à une reprise en 2004-2005 (temps IV).

### **Le *Timeline follow-back* (TLFB)**

Le *Timeline followback* est une méthode d'évaluation de la consommation développée par Mark et Linda Sobell (1992). Cette technique permet un recueil d'informations des substances consommées en termes de produits et de quantité. Le TLFB permet une représentation graphique du volume consommé par chaque participant pour chaque substance problématique pour la période sous étude, soit de 1998-1999 à 2004-2005. Cet outil permet de suivre les variations de la consommation pour

chaque mois selon un calendrier. La technique demande des points de repère temporels (fête, déménagement, début de travail, décès...) pour faciliter le rappel d'informations. Le TLFB est un outil validé sur une période rétrospective de 12 mois (Sobell et Sobell, 1992).

### **L'entrevue qualitative ou entrevue centrée (*focused interview*)**

Les entrevues qualitatives, dites entrevues centrées (*focused interview*) (Merton, Lowenthal & Kendall, 1990), permettent de recueillir la perception subjective des participants dans le cadre d'un thème précis. Il s'agit d'une approche phénoménologique qui laisse un espace de parole au sujet tout en se centrant sur des objectifs déterminés à l'avance. Les entrevues étaient d'une durée d'environ 90 minutes et ont été réalisées par l'auteur principal, psychologue clinicien depuis cinq ans.

### **Analyse des données**

Toutes les entrevues ont été transcrites puis codées et analysées à l'aide du logiciel QSR N'vivo 2.0. À partir du discours des participants, des catégories ont été construites afin de dégager les phénomènes d'intérêts. La méthode utilise un processus itératif faisant un retour constant entre les verbatim et les objectifs de la recherche. Le codage et l'analyse ont toujours tenté de rendre compte fidèlement du sens donné par les participants, mais ils ont aussi synthétisé des unités de sens sous des catégories plus englobantes. Toute étude qualitative se heurte à la limite de la transition de l'univers de discours des participants à l'univers de discours scientifique. Est-ce que les mots et les sens utilisés par les participants pour nommer leurs vécus et leurs expériences peuvent être adéquatement perçus et transcrits par une terminologie scientifique ? Les chercheurs ne projettent-ils pas leurs attentes sur un matériel hautement subjectif ? Pour limiter les biais induits par le chercheur principal, un travail

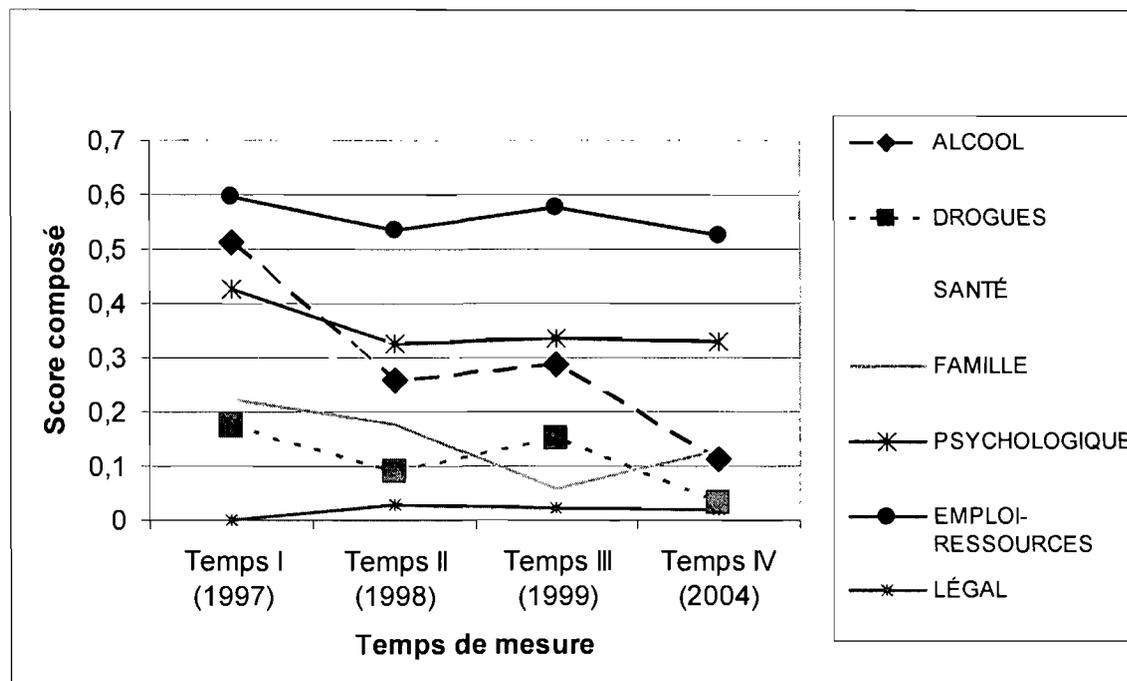
d'accord inter-juge a été réalisé avec deux personnes indépendantes, afin de valider la pertinence des catégories. Un contre-codage a été effectué sur six des entrevues en vue de contrôler la fidélité et la validité de concordance de l'échantillon (Van der Maren, 1996). La comparaison entre les deux codifications a permis d'établir un taux de concordance de 77.77%, ce qui est considéré comme une norme satisfaisante (Harris, Pryor, Adams, 1997).

## Résultats quantitatifs

### L'Indice de gravité d'une toxicomanie

Au niveau de la consommation d'alcool au cours des trois derniers mois, six participants se déclarent abstinents et 16 ont une consommation moyenne de 11,4 consommations standards par semaine [ $\sigma = 0.5 - 42$ ]. Parmi ces 16 participants, sept ont une consommation problématique, défini comme prendre au moins cinq consommations en une occasion. Ces sept participants présentent une consommation moyenne de 21,7 consommations standards par semaine [ $\sigma = 8 - 42$ ]. Les neuf autres participants présentent une consommation moyenne de 3,35 par semaine [ $\sigma = 0.5 - 6$ ]. Une comparaison a été effectuée entre les sept échelles de l'IGT 13 mois après l'admission en traitement, le temps III, et la mesure réalisée dans la présente recherche en 2004-2005, le temps IV. Un test-t d'échantillon apparié (*paired sample t-test*) révèle une différence significative à l'échelle alcool, [ $t(21)=3,52$ ; MD= 0.19;  $p=.002$ ] et à l'échelle drogue, [ $t(21)=4.93$ ; MD= 0.12;  $p=.001$ ]. Comme l'indique la figure 4, pour les participants rejoints au temps IV (soit cinq ans plus tard), on constate une amélioration de la moyenne aux échelles alcool et drogues de l'Indice de gravité d'une toxicomanie. Aucun changement significatif n'a été observé aux cinq autres échelles.

Figure IV : Changement dans les sept échelles de l'IGT



### Le *Timeline followback*

Pour chaque participant, un graphique représentant les volumes des SPA consommées a été réalisé et couvre la période entre le temps I et le temps IV. Une analyse visuelle de chaque graphique a permis de classer, par observation, les variations de consommation de SPA selon trois tendances : (a) tendance à diminuer, (b) pas de changement et (c) tendance à augmenter. Afin que ce classement soit robuste, chaque graphique a été soumis, de manière indépendante, à quatre évaluateurs. L'accord

inter-juges est de 86,34% et montre que, sur les cinq années, dix participants ont eu tendance à réduire leur consommation, neuf ont maintenu leur consommation et trois ont eu tendance à augmenter leur consommation. Par contre, les observations montrent que les volumes consommés restent importants: pour l'alcool, dans la dernière année du suivi, les participants ont consommé en moyenne 4,97 fois par mois plus de cinq consommations standards (dans la même occasion). Dans la dernière année, quatre participants ont consommé de la cocaïne pendant une moyenne de 7,75 mois [ $\sigma = 1 - 12$ ] et un volume moyen de 2 grammes par semaine [ $\sigma = 1 - 4$ ] et six participants ont consommé du cannabis pendant une moyenne de 10,8 mois [ $\sigma = 5 - 12$ ] et un volume moyen de 3,3 grammes par semaine [ $\sigma = 0.5 - 10$ ].

Au sein des dix participants avec une consommation qui a diminué, quatre conservent une consommation à risque. Au sein des neuf participants avec une consommation qui ne change pas, huit conservent une consommation à risque. Cette dernière information donne une dimension différente de ce qui est normalement attendu dans le champ des troubles concomitants. En effet, l'abstinence est normalement recommandée, à la fois par les intervenants et la documentation, pour une population dite « lourde ». L'objectif d'abstinence est parfaitement motivé étant donné qu'une population avec des troubles concomitants a un risque élevé de rechute en cas de consommation, même minime. Pourtant, sur les cinq ans de suivis, six participants sur les 22, tout en ayant une consommation à risque ou problématique, ont maintenu leur volume de SPA à un niveau stable. Cette consommation est présente, régulière pour ne pas dire stable, mais n'a pas conduit à une augmentation de la consommation. Le fait que l'on ne constate pas d'augmentation sur les autres

échelles de l'IGT pourrait être un indice que cette consommation ne s'accompagne pas non plus d'une désorganisation dans les autres sphères de vie.

Sur la période de cinq ans, 20 des 22 participants ont vécu des périodes d'abstinence complète de toute substance d'une durée allant d'un mois à 4 ans, pour une moyenne de 5,18 mois. Les périodes de diminution et d'abstinence existent et ne sont sans doute pas aussi limitées ni aussi courtes qu'on pourrait le penser. Mais, elles se conjuguent avec des périodes de consommation et ne sont pas stables. Elles correspondent plutôt aux schémas de consommation en alternance décrite par la documentation (Drake, 2005) et les cliniciens (Duhamel & Lallemand, 2001).

## **Résultats qualitatifs**

Le tableau I présente les éléments subjectifs décrits par les participants afin d'expliquer la progression et la diminution de la consommation. Plusieurs de ces éléments, comme la santé physique, les activités occupationnelles et la situation financière ont déjà été répertoriées dans les recherches d'Alverson (2000) et de Kasten (1998) et sont connus de la documentation sur les processus de changement (voir la recension de la documentation de Sobell & Sobell, 2000) et des trajectoires de consommation (Brochu et Parent, 2005). Bien qu'ils soient pertinents, ils ne seront donc pas repris dans l'analyse. Cette partie présente des éléments qui ont été peu développés par la documentation et s'articule autour de quatre axes: (1) les effets des substances comme élément favorisant la progression/les rechutes de la consommation, (2) l'utilisation des services comme élément favorisant

la diminution de la consommation, (3) les techniques utilisées par les participants pour diminuer leur consommation, (4) le processus de maturation.

**Tableau VII : Éléments expliquant une progression ou une diminution de la consommation utilisés par au moins la moitié de l'échantillon (n=22)**

ÉLÉMENTS DE PROGRESSION DE LA CONSOMMATION			ÉLÉMENTS DE DIMINUTION DE LA CONSOMMATION		
Effets de la substance	22	100%	Utilisation des services	19	86.3%
Disponibilité de la substance	16	72.7%	Techniques des participants	16	72.7%
Relation de couple	12	54.5%	Réseau familial	15	68.6%
Réseau social	12	54.5%	Santé physique	14	63.6%
Réseau familial	11	50%	Activité occupationnelle	14	63.6%
			Situation financière	14	63.6%
			Maturation	12	54.5%

Pourquoi consommer? Les éléments de progression de la consommation

Les effets des substances

Tous les participants rapportent que les effets physiques et/ou psychologiques des substances ont favorisé une progression de leur consommation. De ce constat général, on peut distinguer trois

effets: (1) le soulagement d'une souffrance psychique (21/22), (2) le constat d'impuissance à contrôler sa consommation (12/22) et (3) le plaisir (11/22).

(1) le soulagement d'une souffrance psychique (21/22) :

P2 : « P: *Le but principal, c'était de m'assommer pour m'empêcher de penser. C'était uniquement le but là, d'arrêter de penser. Avoir pu trouver un autre moyen plus « santé » (rire), avoir pu trouver une switch de mon cerveau là, j'l'aurais fermé.* » (331)

P4 : « P: *Ça faisait comme une coupure, ça empêchait de penser à tout ça.* I: La télé? P: *Ouais, la télé. La boisson.* I: Mais ça faisait pas... P: *Alors la télé faisait un peu la même chose. La boisson, c'est plus fort que la télé.* » (667)

P9 : « P: (...) *Mais ça fait office de médicament pas mal.* » (516)

P20: « P: *Je gelais ma façon de comprendre la vie, je la gelais, mais certaines, mon dieu, certaines parties de moi étaient gelées. J'étais très sportive, très fille santé avant, ça tombé, je foutais plus rien. Mon dieu... C'est surtout une vision, une capacité d'analyse qui était gelée, une capacité d'analyse pis de voir ce qui se passait dans ma vie...* » (791)

Cette souffrance psychique correspond quelquefois à une angoisse, c'est-à-dire un sentiment de malaise diffus et vague, mais peut aussi être ciblée par le participant sur des éléments de réalité (facture à payer, conflits interpersonnels). Plusieurs consommateurs non problématiques peuvent faire l'expérience de ce phénomène où la consommation dissipe un malaise intérieur. Dans la présente recherche, il ne s'agit pas d'une souffrance ponctuelle que chacun peut ressentir mais d'une souffrance cliniquement significative. Cette fonction d'anesthésie d'un ressenti intérieur rappelle le phénomène de réduction de la tension élaboré par Marlatt (1987, 1999) et l'hypothèse d'auto-médication de Khantzian (1985, 1997). Ce dernier suggère que les patients utilisent les substances

comme moyen de réduire une souffrance psychique et de soigner leurs symptômes psychiatriques. Dans notre contexte, la prise de substances est une tentative de calmer une souffrance et non une réelle médication. Les substances permettent d'immédiatement anesthésier, éloigner, atténuer, geler, calmer et éviter de ressentir une angoisse, une anxiété, une frustration, une colère ou un malaise intérieur. Pour leur part, les médicaments de classe psychotropes cherchent à réduire des symptômes psychiatriques et sont administrés dans un contexte clinique à partir d'une demande du patient, d'une évaluation objective et d'une intervention médicale qui s'appuie sur un traitement au meilleur des données scientifiques. Pour nos participants, le processus d'auto-médication est axé sur le soulagement de la souffrance subjective plutôt que de symptômes objectivables. La consommation est un remède de l'instant présent et de l'immédiat, sans ou avec peu de réflexivité. Si le processus de traitement chimiothérapeutique et le processus d'automédication sont comparables dans l'intention de provoquer un mieux-être, ils n'ont pas le même cadre thérapeutique ni les mêmes résultats.

(2) Le constat de l'impuissance à contrôler sa consommation (12/22) :

P1: « P: De toute façon, si on était capable d'arrêter quand on est juste bien, on serait des êtres normaux probablement. Le premier verre donne vraiment la soif là. Ça ouvre, ça ouvre les vannes. Parce qu'on est bien pendant et après la première bière, mais après ça là, on recherche...ce bien-être là [...] » (529)

Cet effet de la substance se décompose en deux étapes, la première étant le désir du participant à arrêter ou se restreindre sa consommation et le deuxième, le constat qu'il n'en est pas capable et que la prise d'une substance, même en dose minime, pousse à consommer malgré tous ses efforts pour arrêter. C'est l'impuissance à se contrôler et se restreindre, même s'il y a des conséquences négatives

au long cours identifiées par le participant, phénomène considéré comme critère diagnostique par le DSM IV (APA, 1994).

### (3) Le plaisir (11/22)

P1: « *Pis là y'a comme... on dirait que... ça monte. La vie devient un peu comme en rose là* ». (741)

P19: « *Pourquoi j'ai pas lâché tout de suite ? Pourquoi? Peut-être tout simplement que j'aime l'état d'ivresse. J'ai un plaisir dans ça. J'ai un plaisir puis, moi, j'peux boire seule et puis m'amuser toute seule. J'veux dire le temps que j'étais à l'école, une fin de semaine toute seule, je m'étais fait un menu, un petit menu fancy pour moi, les chandelles, la musique, le verre de vin. Pis, j'ai du plaisir. Pis dans ce temps-là j'écris, j'écris des poèmes extraordinaires. (Rires)* » (399).

C'est l'effet de plaisir, d'euphorie et de détente induit par l'alcool, le cannabis ou la cocaïne, phénomène commun dans le champ des addictions. Pour les participants, le plaisir joue un rôle important en anesthésiant un ressenti souffrant et en le remplaçant par une sensation de plaisir et de détente. Les participants consomment depuis au moins cinq ans, et souvent depuis plus d'une décennie, et ils ont déjà vécu d'importantes conséquences négatives dues à leur consommation. Mais ils continuent d'éprouver du plaisir dans la prise de SPA.

Les relations de couple, le réseau social et familial

Les éléments liés aux relations de couple (12/22) comprennent trois phénomènes qui sont associés à une augmentation de la consommation : (1) le partenaire comme incitateur (6/22) : (P2) « *Elle fumait une couple de joints par jour. C'est là que j'ai recommencé à fumer parce que j'fumais pas avant. Ça faisait 20 ans que j'fumais pas* » (79); (P8) « *Avant que je sois levé, ma femme venait me réveiller au lit avec une bouteille ouverte pis un jus de tomate. C'est vrai que c'était la seule façon de me remettre un peu. C'est arrivé qu'après*

*ma deuxième ou ma troisième bière avec mon jus de tomate, quand j'étais débrumé un peu, a l'attendait que je sois capable de le prendre » (878), (2) une rupture amoureuse (5/22) (P12) « Le déclencheur là j'dirais que ça été la rupture avec le conjoint » (287) et (3) la SPA est considérée comme pouvant faciliter la relation (3/22) : (P16) « Elle venait au meeting A.A. mais elle avait bu avant, elle avait bu après... Fait que j'ai dit je vais me mettre au niveau à son niveau. C'est grave pour aller chercher une femme: je me suis mis au niveau de sa boisson » (1007). Dans un cas, l'alcool est utilisé pour provoquer la fin de la relation : (P21) « J'étais peut-être dépendant affectif, je ne sais pas trop. Mais ce que je me rappelle, je n'étais pas capable de m'en aller et je voulais m'en aller. Je me suis dit je vais faire une rechute, comme ça elle va sûrement me mettre dehors » (1257).*

Le réseau familial (11/22) comprend trois phénomènes qui provoquent une augmentation de la consommation: (1) un décès ou une rupture (4/22) : (P4) « J'étais dans une période d'abstinence, quand ma grand-mère est décédée, j'ai recommencé à boire » (801), (2) un conflit ou une dispute (4/22) : (P5) « Mon père, c'est une des raisons aussi pourquoi j'ai commencé à me geler comme ça, parce que dans le temps ma sœur m'a dit que mon père avait abusé d'elle. Cela fait que ça m'a décrié complètement là, c'était ce même soir-là, j'suis parti sur un trip d'acide pis ça a duré jusqu'au moment... j'ai été gelé jusqu'au moment où je rentre en désintox... » (296) et (3) une consommation qui se déroule en famille (3/22) : (P16) « Les party [de famille], c'est quand que y'avait des caisses de bière. C'est facile quand y'avait de la bière, on parlait, pis on chantait... mais quand que y'avait plus de bière, tout le monde s'en allait (433).

Le réseau social (12/22) inclut deux phénomènes: (1) une fonction de socialisation (8/22) où les SPA constituent l'objet unificateur : (P5) « C'était une gang de trippeux, on se tenait ensemble parce que tout le monde consommait pis on allait dans les raves pis on était tout le temps gelé » (237). Les participants reconnaissent que les "amis de consommation" sont en fait des connaissances dont la relation est

basée sur un besoin ou un plaisir commun à consommer. Ces pseudo-amis sont aussi les seules personnes à être présentes dans l'entourage et elles permettent ainsi d'éviter de se retrouver seul :

(P14) « *Moi, c'était de me départir des gens qui m'entouraient, pis qui étaient soi-disant amis. Ça je dois dire bonnêtement, ce n'est pas facile! Et puis c'est que tu te retrouves toute seule après. Je veux dire t'en as plus de personne autour de toi là.* » (747) et (2) l'incitation directe à la consommation (5/22) : (P13) « *Ça m'a quasiment fait retomber dedans parce que c'était trop fort, elle insistait: « Awowe, prend un verre, c'est pas plus grave que ça! »* (171) ou qui passe par l'apprentissage d'un nouveau produit ou d'une nouvelle technique de consommation : (P6) « *J'étais dans les appartements supervisés, y en a qui les prenaient pis qui les sniffaient. Y les écrasaient, pis les sniffaient. Moi j'ai essayé ça avec le kemadrin, ça donnait un buzz... [...].* I : Et comment vous avez découvert ce moyen-là? P : *c'est par les gens du voisinage, des amis des appartements.*" (489).

Ces relations interpersonnelles comme éléments d'augmentation de la consommation peuvent être interprétées selon deux positions :

1) Dans la première position, ces relations peuvent représenter une incitation directe à consommer, soit parce que c'est ainsi que se déroulent les réunions de famille, soit parce que le conjoint ou les amis consomment. Dans ce contexte, on peut émettre l'hypothèse que la consommation peut avoir plusieurs fonctions facilitant les relations interpersonnelles, telles que de faciliter le partage une activité commune et de créer un point d'intérêt, de baisser le niveau de vigilance des participants et d'améliorer l'humeur. La présence de problèmes de santé mentale, qui peuvent affecter la capacité à établir et maintenir des relations interpersonnelles, pourrait aussi être « compensée » par la consommation qui camoufle des comportements ou des pensées inappropriées qui mettraient en danger la relation. Dans cette position, la consommation problématique peut être perçue comme une

stratégie d'adaptation des participants face à des compétences sociales et/ou affectives dysfonctionnelles.

2) La deuxième position fait référence aux phénomènes de séparation avec une personne significative (famille ou conjoint), que la rupture provienne d'un conflit majeur ou d'un décès. Cet élément se retrouve également dans le facteur des événements de vie. Suite à une rupture, la consommation augmente. Ce phénomène est confirmé dans la documentation : Weiss, Griffin et Mirin (1992) ont remarqué, en s'intéressant aux motivations de 494 personnes en traitement pour des troubles liés aux SPA, que la plupart des patients disent consommer afin de faire face à des symptômes dépressifs. Les personnes affirment que la consommation permet une amélioration de leur humeur, peu importe les SPA consommées. L'étude d'Abraham et Fava (1999) a examiné l'ordre d'apparition de troubles liés aux substances et de la dépression dans un échantillon présentant des troubles concomitants. Ils ont utilisé l'entrevue clinique semi-structurée pour le DSM-IV (connu en anglais sous l'acronyme de *SCID*) auprès de 375 patients en externe présentant une dépression majeure. En moyenne, la dépendance à l'alcool a suivi le premier épisode de dépression de 4.7 ans. Parmi les patients présentant une polyconsommation, chaque SPA est devenue problématique après une première période de dépression (exception faite pour le LSD). Pour la cocaïne, le délai d'apparition de la consommation après l'épisode dépressif a été de 6.8 ans.

Les SPA semblent alors utilisées dans une fonction d'étayage et de soutien pour « faire face » à un deuil. La consommation prend une fonction de gestion des affects et permet de supporter la perte réelle ou relationnelle, qu'il s'agisse d'un(e) conjoint(e), d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e). Inversement, si la consommation diminue ou disparaît, ces affects sont plus facilement accessibles et

peuvent « envahir » la personne. Par contre, on constate qu'un début de relation amoureuse, une « lune de miel » provoque une diminution, comme si une nouvelle relation rend inutile la consommation. La fonction de « court-circuit émotionnel » n'est alors plus nécessaire.

Les éléments de diminution de la consommation

#### L'utilisation des services

À travers leur discours, 18 des participants expliquent que les services de santé, professionnel ou non, ont explicitement favorisé une diminution de la consommation ou une abstinence. Les participants réfèrent à trois modalités de services: (1) une unité institutionnelle, publique ou privée, pour une période de désintoxication (9/22) ou de consultation psychologique (4/22), (2) les groupes d'entraide, comme les Alcooliques anonymes (A.A.), les Narcotiques anonymes (N.A.) et les Cocainomanes anonymes (C.A.) (8/22) et (3) les psychiatres, pour une médication (2/22).

(1) En ce qui a trait à l'utilisation d'unité institutionnelle, les participants réfèrent à des séjours à l'interne, soit de désintoxication soit d'hébergement de courte durée. Il n'a pas été possible de distinguer ces deux services, les participants utilisant le terme de « désintox » quel que soit le service de traitement à l'interne. Les acquis tournent autour de l'apprentissage des techniques de résolution de problèmes:

P20 : « P: Les techniques qu'ils nous donnaient genre là tu dis ce qui va pas. Bien tu sens quelque chose qui ne va pas mais tu sais que tu serais mieux de le dire même si ça sort mal, tsé commencer à dire plus, à plus parler, à plus dire ce qu'on ressent avec des techniques qu'ils nous ont données. » (495)

Ensuite, les participants évoquent l'avantage d'être dans un environnement protégé:

P12 : « P: Pas le droit de visite de l'extérieur. On avait le droit au téléphone mais pas de visites de l'extérieur. Y'avait des règles très strictes là, on déjeunait entre telle heure et telle heure; le dîner, c'était à telle heure. Y'avait une sieste l'après-midi, y'avait là des règles. Ça, j'ai trouvé que c'était très important parce que, quand on boit comme moi j'buvais là, on a pu d'horaire de vie là. On peut se lever à midi, se recoucher à quatre heures du matin, y'a pu d'heures de repos, y'a pu d'horaire là. Tandis qu'en étant là-bas, on réapprenait un horaire...comme tout le monde là euh, se lever le matin, pis euh s'habiller pis déjeuner pis euh ça j'ai trouvé que c'était ben important, de nous redonner cet horaire là de vie beaucoup plus, beaucoup plus stable pis un horaire normal. Ça a l'air de rien, mais c'est beaucoup, c'est beaucoup. » (644)

Le séjour en désintoxication redonne un rythme et des habitudes de vie plus équilibrés et permet de constater sa capacité à être abstinent. C'est aussi un support vital pour passer à travers le sevrage.

Les participants ont également recours à des psychologues et nomment la création d'un lien thérapeutique comme aidant et permettant des prises de conscience:

P11: « En tout cas, c'est comme un interlocuteur très privilégié, parce qu'étant donné que toute ma famille est à Québec, si j'avais ma famille, j'ai six frères et sœurs moi là, mais je suis toute seule à Montréal. » (707). «Elle m'apporte pas des réponses, mais a m'aide a les trouver, c'est juste le fait de parler, des fois on trouve des solutions. Alors...c'est encore aidant pour moi, étant donné que je bois plus peut-être qu'on, peut-être qu'on va se perdre pis qu'on se verra pu pis, que j'aimerais ça quand même que le dossier soit pas fermé tout à fait. » (715)

(2) Les groupes d'entraides, comme les A.A., C.A. et N.A. sont partie prenante du processus de diminution, mais peut-être pas dans leur rôle supposé. Pour les participants, ils ont surtout une fonction sociale:

P18 P: « *Maintenant, après cinq ans [dans les AA], j'ai fini mon terme des réunions de soir, mais là, j'suis tannée, j'ai hâte d'arrêter. Mais l'amour inconditionnel, quand on arrive pis ça fait longtemps, que ça fait un mois que t'as pas vu quelqu'un «comment tu vas...?»* I: C'est comme une deuxième famille ? P: *Pas jusque là.* I: Pas jusque là, OK. P: *Pas jusque là, mais c'est beaucoup, beaucoup.* I: Comme un cercle d'amis ? P: *Ah ouais, ouais. Parce que la première année que j'ai été là, dans le temps des Fêtes, y ont fait un party. J'ai jamais vu ça, avoir du fun sans boire. C'était extraordinaire, on a fait des jeux, on a fait des folies. Pis c'est pas du monde qui me connaissait depuis longtemps, pis elle m'a invitée chez elle. C'est comme, c'est comme beaucoup d'entraide, beaucoup d'entraide. Si y voit, comme le monsieur, c'est cette année qui m'a donné mon gâteau, mais quand y me voit arriver, y me regarde dans les yeux, «ah, la petite mère, ça va pas, viens parler à mon oncle Jacques»* (487).

Le contenu des enseignements des A.A. et des groupes d'entraide en général n'est pas rapporté par les participants. C'est plutôt le fait d'être en groupe et d'avoir des échanges qui est important: un groupe où les participants peuvent avoir des gens à qui s'identifier.

P10: « *P: (...) Là je comprends, je comprends l'utilité de, peut-être pas nécessairement du meeting mais l'utilité d'être dans une communauté pis de m'y identifier. Fait que souvent, des fois de temps en temps, je vais retourner à la clinique, je vois des gens, j'ai un port d'attache, déjà là, ça m'aide.* » (508).

(3) Tous les participants ont consulté un psychiatre au moins une fois dans leur vie. Pourtant, seuls deux participants réfèrent explicitement à l'aide reçue.

Un recoupement des informations entre le dossier d'utilisateur du CDC et les entrevues qualitatives a permis de préciser les données de Nadeau et ses collaborateurs (2001) quant à l'utilisation des services en toxicomanie et en santé mentale entre le temps I et le temps IV. Ainsi, le dossier d'utilisateur répertoriait toutes les entrées d'utilisation des services du CDC, mais aussi les demandes de transfert

de dossier si le participant était vu à l'extérieur et, inversement, les demandes d'accès aux informations issues du CDC pour compléter le dossier si le participant recevait des soins à l'extérieur. L'utilisation des services concernait la période de recherche mais aussi parfois au-delà. Dans les entrevues qualitatives, à la fin de la rencontre, le participant était invité à faire la liste de tous les services d'aide utilisés durant la période couverte. Ce qui était souvent facilité par le fait que le participant venait de parler de son histoire de consommation des dernières années. Il était ainsi possible de retracer le nom du service et la date d'utilisation, cette recension étant plus précise et robuste que celle de l'IGT qui ne demande que le nombre d'utilisation.

Les participants rapportent avoir utilisé toute une gamme de services, à composante psycho-sociale, comme la psychothérapie, les centres de réadaptation publics ou privés, les groupes d'entraide ou à composante biologique-médicale, comme les psychiatres, les hôpitaux, les centres de désintoxication. Les participants rapportent avoir utilisé plus de services que ce qu'ils rapportaient dans l'IGT de Nadeau et ses collaborateurs (2001). Comme intervieweur, il ne semblait pas que les participants cherchaient à tromper ou dissimuler de l'information, mais qu'il s'agissait plutôt d'une difficulté de rappel d'information et/ou de répondre correctement aux questions de l'IGT.

#### Les « techniques » utilisées par les participants

Les participants rapportent toute une série de moyens permettant de diminuer leur consommation. Afin d'en faciliter la recension et la lecture, ces moyens ont été répertoriés et synthétisés sous des mêmes catégories et classés en « techniques » de différents types : comportemental, cognitif et autres techniques (tableau II). Ce sont les participants qui rapportent utiliser ces techniques, qui ne devaient

pas avoir été apprises lors d'un traitement, qu'il soit professionnel ou non. Si un participant faisait un lien avec un traitement ou un service de santé, elles étaient codées comme « utilisation des services ». Il faut rappeler ici que ce sont les participants qui affirment avoir développé et mis en pratique ces techniques en dehors des traitements :

P4 : « *Je collectionnais des films, c'est vrai. J'écoutais des films. Je me suis fait poser le câble. Je m'évadais dans ça. Je m'évadais réellement. J'enregistrais des anciens films des années 40, 50, 60. (...)* I: Et puis le fait de regarder les films comment ça vous a aidé? P: *C'était comme une anesthésie un peu. Au lieu de boire, j'étais concentré dans le film. Pis si je ré-écoutais le film, je regardais les détails: le nom du saloon ou...* I: OK, vous les réécoutez souvent les films ? P: *Quand y avait rien sur câble. Quand y avait de quoi de nouveau sur câble, c'était la fête. J'm'achetais une grosse de liqueur, des chips* » (621)

**Tableau VIII : Techniques apprises hors des traitements et utilisées par les participants pour diminuer leur consommation de substances**

Techniques comportementales	Techniques cognitives	Autres techniques
n = 12	n = 7	n = 6
<p>limiter l'horaire et éviter les lieux de consommation; Trouver une activité agréable à la place de consommer;</p> <p>Diminution progressive et se mettre des obstacles à la consommation;</p> <p>Remplacer l'alcool par une substance pas/faiblement alcoolisée;</p> <p>Ne pas avoir d'alcool à la maison;</p> <p>Ne pas retirer d'argent liquide en gros montant;</p> <p>Éviter les connaissances qui consomment;</p> <p>Demander du soutien à l'entourage;</p> <p>Faire un calendrier d'abstinence.</p>	<p>Chercher les avantages liés à l'abstinence;</p> <p>Penser aux conséquences négatives de la consommation;</p> <p>Se centrer sur une journée à la fois;</p> <p>Établir des priorités;</p> <p>Réflexion personnelle;</p> <p>Penser à autre chose.</p>	<p>Travailler comme</p> <p>Refuser de vendre ou acheter des substances</p> <p>Surveiller son alimentation</p>

Il est intéressant de noter que ces techniques correspondent aux méthodes utilisées par les intervenants en thérapie cognitive comportementale. Ces méthodes ne sont pas l'apanage de la psychologie et les participants ont développé ici des façons personnelles, « sur mesure », qui leur permettent de mieux gérer leur consommation. Ces techniques concrètes leur permettent de rendre la consommation moins impulsive en s'imposant des limites personnelles.

Le réseau familial, les relations de couple et le réseau social

Le réseau familial (15/22) fait référence aux extraits où la famille du participant est nommée comme ayant favorisé la diminution de la consommation et regroupe quatre phénomènes: (1) un soutien positif (7/22): (P3) « *ma mère m'encourageait* » (505), (P12) « *C'est sur le support de mon entourage, les gens autour de moi qui étaient contents que je consomme plus* » (345), (2) une hiérarchie des valeurs où les responsabilités familiales passent avant la consommation (4/22): (P23) « *Si mon fils n'avait pas été là j'aurais sans doute consommé encore plus, mais là je ne pouvais pas parce que j'avais une responsabilité* » (362), (P7) « *Ça a arrêté, j'étais abstinent. Qu'est-ce qui s'est passé? Ben, je suis tombée enceinte!* » (330), (3) des réactions négatives (3/22): (P6) « *Qu'est-ce qui m'a fait vraiment arrêté, c'est de voir le malheur que je causais à ma famille et puis surtout à ma sœur* » (218), (P11) « *Ma fille m'a écrit une lettre où elle disait: « Maman ça n'a pas de bon sens, je te parle et puis tu n'es pas là », où elle parlait de mes problèmes d'alcool* » (275) et (4) l'importance de cacher la consommation à la famille (2/22): (P2) « *Ma mère est venue pour les fêtes. J'ai arrêté pour elle, mais je shakais comme une feuille et ça allait pas bien. Si tôt qu'elle est repartie, je suis retombé.* » (652).

Les relations de couple (10/22) réfèrent aux relations d'intimité favorisant une diminution de la consommation. Elles sont de trois types: (1) une relation stable avec

un(e) conjoint(e) sobre (7/22) : (P1) « *À l'occasion, elle va prendre un petit verre de vin mais à cause de son diabète elle n'est pas portée sur la boisson du tout. [...] à chaque fois elle me demande si cela me dérange. Alors je lui dis que ça ne me dérange pas du tout et c'est vrai. Je suis avec elle pendant trois semaines [en voyage à l'extérieur du pays] et j'ai pas soif* » (473), (2) une relation avec des conflits et une crainte de perdre la relation (4/22) : (P21) « *Oui, ça a joué sur la consommation en ce sens que quand elle avait la certitude que je consommais, moi, j'arrêtais, parce que je voulais pas me faire mettre dehors* » (713) et (3) un début de relation – lune de miel – où l'envie de consommer disparaît (2/22) : (P2) « *Le fait d'être en amour ça fait disparaître toutes ses envies de boire* » (412).

Le réseau social (6/22) fait référence à trois phénomènes: (1) un soutien (4/22) : (P5) « *Qu'est-ce qui m'a le plus aidé? Mes amis, d'avoir mes amis, ça m'a aidé. Mes vrais amis [...] j'ai parlé énormément avec Nancy. J'y ai raconté ma vie. Juste de parler ça m'a fait du bien, puis elle m'écoutait, elle m'a écouté pendant une semaine* » (606), (2) un avertissement ou une confrontation (2/22) : (P5) « *J'étais gelé sur l'acide et puis elle m'a dit "Ça fait deux ans que je te connais puis ça fait deux ans que tu dis ça [je vais arrêter de consommer et faire des études]. » Elle a dit : « Ferme donc ta gueule! Quand tu feras quelque chose pour de vrai tu nous en reparleras. » Fait que là j'ai pogné mon air bête pis je suis parti au fond de la cour et j'ai boudé. Ça a pris trois ans pis c'est toujours resté dans ma tête ça parce qu'elle avait raison. Quand je suis rentré en désintox, c'est la première personne que j'ai appelée. » (292) et (3) la décision d'éviter certaines personnes (2/22) : (P13) « *Ça fait que pour toi c'est que ces gens-là deviennent un peu plates, désagréables même à certains moments. Pis pour eux t'es pas sur la même longueur d'ondes. Cela fait qu'à un moment donné les chemins se séparent... » (608).**

Ces relations interpersonnelles comme facteurs de diminution de la consommation peuvent être interprétées selon deux positions: (1) une position active d'aide, qui apporte un soutien, une présence et une écoute aux participants (soutien positif dans la famille, relation stable avec un conjoint sobre ou une « lune de miel », présence et écoute du réseau social) et (2) une position de confrontation, de mise en garde et d'avertissement qui pousse les participants à diminuer leur consommation (réactions négatives de la famille, obligation de cacher la consommation, peur de perdre le conjoint, confrontation de l'entourage).

#### La maturation ou la sagesse des années

Le phénomène de maturation implique un processus sur plusieurs années qui permet au participant de diminuer ou d'arrêter sa consommation. Au point de départ de ce processus, il y a une sensation générale « d'écoeurement » et de dégoût de soi:

P5: « *Ab, j'suis écoeuré, y faudrait que j'arrête, j'suis tout le temps gelé* ». (292)

P13: « I: Pourquoi avez-vous décidé d'arrêter ce jour-là ? *Pas de raison particulière, l'écoeurantite aiguë.* » (387)

P16: « I: Comment ça se passe quand vous arrêtez ? *P : Comment que ça se passe, je sens que je commence à être tanné d'être dans la routine, pis la routine toujours... j'écoute de la musique, pis là je viens, je commence à fermer la musique. Ça commence de même. Je me lève, je prends une bière, mais j'écoute plus la musique. Je vais dehors, je vais sur la galerie, je cherche l'air, j'ai besoin d'air. Là je sens que je vais arrêter quand je bois de même, pis que ça donne plus d'effets là. Pas d'effets, je veux dire, tsé toi tu vas parler à tes amis, tu vas avoir du fun, mais moi j'en a plus, j'en a plus, c'est plus drôle là tsé...* » (747)

Le seuil qui va devenir le point d'arrêt est propre à chaque participant. On peut bien constater objectivement des conséquences négatives de la consommation, mais le degré requis est subjectif pour chacun. L'expérience d'écœurement reflète une sensation générale, un sentiment qui est envahissant, qui semble croître peu à peu jusqu'au moment où il s'impose au participant qui ne peut plus l'ignorer. Il n'y a pas une raison ou un événement déclencheur, ce qui complémente les données de Klingemann et ses collaborateurs (2001) voulant que des événements critiques de vie favorisent une diminution de consommation. Un événement critique de vie, comme un accident, un mariage, un décès, peut être un déclencheur d'une diminution de consommation mais nos participants rapportent que même sans événement ils peuvent se retrouver au même point. Comme si une longue routine désagréable évolue pour devenir une longue routine insupportable. Le dégoût prend la place du besoin de consommer. C'est à ce point qu'interviennent les tentatives d'arrêts de consommation.

P13: *«Parce que tu comprends le fonctionnement de toi-même, de un, t'apprends à te connaître mieux. Tu t'es fourré pendant des années, pis, à un moment donné, t'as découvert ton truc pour te baiser, ça a passé pendant 20 ans, 10 ans, mais là, ça marche pu. Quand tu vois que tu commences à bifurquer, t'arrêtes ça tout de suite, tu vas pas plus loin la. C'est comme tu t'es brûlé une fois, tu vas pas recommencer.»* (684)

P5: *«J'ai l'impression que c'est parce que ça faisait longtemps que ça me trottait dans tête comme j'te dis. J'voulais m'en sortir, j'le savais que j'avais peut-être un problème, pis que j'consommais trop, pis j'consommais à toute les jours, pis j'avais des problèmes d'argent. Pis Laure qui m'avait dit: Ferme donc ta gueule ! Ça, j'y pensais régulièrement aussi là.»* (700)

La maturation est un processus qui s'étend dans le temps, ponctué de tentatives d'arrêt, de réflexion, de prises de conscience. C'est un apprentissage qui fait prendre conscience de ses modes de fonctionnement et qui confronte à une réalité qui se répète.

P4: « *Mais aujourd'hui, j'l'sais que l'alcool, c'est mon ennemi. Ça je l'sais...pis j'uis moins attiré, j'ai moins l'goût, j'y pense moins souvent. J'regarde des films pis y vont consommer, ça m'trouble pu comme avant. J'vais au restaurant des fois, mettons avec ma nouvelle blonde, c'est elle qui m'amène parce moi j'ai pas d'argent. Pis y va avoir quelqu'un qui boit à côté, ça m'dérange pu, avant ça m'dérangeait, c'tait effrayant.* » (781)

Il devient alors possible de faire l'expérience des avantages liés à l'usage non problématique de la substance ou de l'abstinence.

P6: « *Si j'avais quelque chose à ajouter, c'est que je me suis beaucoup assagi contrairement à plusieurs années. Ça fait huit ans que j'habite le même appartement, j'ai jamais eu un loyer de retard et puis toutes les autres appartements que j'ai eus, j'avais tout le temps des retards de loyer dû à la consommation de drogues... tandis que là, j'ai jamais eu de retard.* » (952)

Chez plusieurs participants, ce processus permet de faire ou de refaire des liens avec une histoire où la consommation a amené de nombreuses pertes relationnelles, financières ou au niveau de l'estime de soi. C'est à travers ces pertes que les participants décèlent les répétitions et les conséquences négatives qui se reproduisent. Ils peuvent apprendre, au cours de ce long processus, à gérer leurs difficultés psychiques ou relationnelles par d'autres façons que la consommation. Cela peut-être par l'utilisation des services ou le recours à des techniques personnelles, mais il y a le constat de l'individu que ses expériences de consommation sont trop souffrantes et

doivent cesser. Ce processus de maturation est également décrit par Winnick (1962) avec des consommateurs d'opiacées.

L'usage problématique de SPA n'est que l'un des éléments d'un style de vie et peut ne pas représenter le problème essentiel. La rechute peut non seulement faire partie d'un processus de maturation, mais elle est souvent la meilleure réponse, à un moment donné, que trouve la personne pour affronter ses difficultés. C'est dans ce sens que Valleur (2000) présente ses interventions au Centre Marmottan: « plus qu'à une prévention des rechutes, nous travaillons à une maturation progressive des sujets, dans laquelle les rechutes sont à intégrer comme partie prenante du processus » (p. 174).

### **Limites**

La nature rétrospective des données est la principale limite de cette étude. Les informations recueillies remontent jusqu'à cinq ans en arrière, pour des participants dont six ont déjà vécu des *black-out*. Le TLFB demandait une description de consommation sur une période de 60 mois. Il est certain, à partir d'une période aussi étendue, qu'une perte d'informations existe. Le TLFB permet de recueillir les tendances de consommation, ces dernières pouvant être confirmées par le dossier d'usager. Il couvre surtout la courte fenêtre temporelle de 30 jours de l'IGT, qui fournit une « photo instantanée » mais qui ne permet pas de suivre l'évolution de la consommation sur les cinq années.

Une deuxième limite concerne l'attrition des participants entre les différents temps de mesure : il est probable que ceux qui n'ont pas été rejoints vivent plus de difficultés, donc probablement moins d'amélioration que ceux ayant été inclus dans l'étude.

Enfin, la recension des services utilisés par les participants a également permis de constater que les services étaient sous rapportés lors de l'entrevue qualitative comparativement à ce qui était recensé d'après le dossier d'usager. La plupart des recherches rapportent la crédibilité des toxicomanes dans les entrevues de recherche, même sur des thèmes sensibles (Fendrich & Mackesy-Amiti, 2000; Landry, Brochu, & Bergeron, 2004), ce qui est confirmé au niveau de la consommation. Il ne semble donc pas s'agir d'une volonté de tromper le chercheur mais, et ce sont des hypothèses, un problème de rappel ou une définition subjective de ce qu'est un service, ou les deux.

## **Conclusion**

Les résultats quantitatifs montrent que, pour la majorité de l'échantillon, il y a une baisse de consommation. Cette diminution est ponctuée de moments d'abstinence, de durée variable, mais pouvant s'étaler sur plusieurs années. Une donnée intrigante est de constater que huit participants consomment de manière problématique selon un volume stable, comme si une routine de consommation s'était installée. Même si cette routine est considérée comme problématique selon les standards connus, elle n'évolue pourtant pas, dans les cinq ans de suivi, vers la spirale progressive et irréversible habituellement associée à l'alcoolisme.

Nos résultats qualitatifs suggèrent que les participants consomment des substances pour essayer de faire face à des souffrances psychiques, sans doute accrue par la présence de troubles concomitants. Ce dernier point est une hypothèse qui vient interpréter que tous nos participants rapportent consommer dans une tentative d'anesthésier des souffrances psychiques, ce qui peut fonctionner à court terme dans

le vécu subjectif des participants, mais nuit à long terme et peut renforcer les autres troubles mentaux. La majorité des participants développent des stratégies d'ajustement susceptibles de mieux gérer leur consommation, mais qui ne permet pas de la faire disparaître. La diminution s'inscrit dans un cadre temporel de plusieurs années comportant des périodes d'abstinence, de rechute et de maturation. Pourtant, les éléments et processus de diminution utilisés par nos participants sont les mêmes que ceux répertoriés dans les cas de rémission « naturelle » ou sans traitement. C'est ici que la gravité provoquée par la présence de troubles concomitants prend tout son sens. Les participants ne disposent pas des mêmes ressources psychiques, relationnelles, financières et sociales que les personnes aux prises avec des problèmes de substances mais qui ne consultent jamais et diminuent leur consommation par elles-mêmes. L'utilisation des services devient un incontournable, où ils vont pouvoir aller chercher ce qu'il leur fait défaut, qu'il s'agisse d'un sentiment de sécurité, d'un rythme de vie plus stable en « désintox » ou d'un moment de socialisation avec des groupes d'entraide. On reste avec l'impression que les traitements remplacent les ressources dont disposent ceux qui s'en sortent sans aide professionnelle.

En somme, cette étude rappelle l'importance : a) d'un suivi au long cours; b) de la fonction de la consommation qui « soulage » d'une souffrance; c) de l'utilisation des services et d) d'inscrire les rechutes dans une trajectoire d'amélioration, un échec n'étant pas synonyme de défaite, mais bien d'apprentissage.

## Références

- ABRAHAM, H.D., FAVA, M., 1999. Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 44-50.
- ACIER, D., NADEAU, L., 2005, *Troubles mentaux et troubles liés à une substance*. *Addictologie et Alcoologie*, 27(4), 315-324.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, D.C.: Author.
- BATTJES, R., ONKEN, L.S., DELANY, P.J., 1999, Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.
- BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, A., VAUGEOIS, P., TREPANIER, M., 1992, *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool. L'indice de Gravité d'une Toxicomanie*. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.
- BROCHU, S., PARENT, I., 2005, *Les flambeurs : Trajectoires d'usagers de cocaïne*. Ottawa : Les presses de l'université d'Ottawa.
- CRAWFORD, V., CROME, I., CLANCY, C., 2003, Co-existing problems of mental health and substance Misuse (Dual diagnosis): A literature review, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(5), S1-S74.
- DAVIS, K.E., & O'NEILL, S.J., 2005, A focus group analysis of relapse prevention strategies for persons with substance use and mental disorders, *Psychiatric Services*, 56(10), 1288-1291.

- DRAKE, R.E., 2005, Introduction to the special section on relapse prevention, *Psychiatric Services*, 56(10), 1269.
- DUHAMEL, D. & LALLEMAND, V., 2001, Toxicomanie et trouble de la personnalité. Réflexions sur le traitement, *Santé Mentale au Québec*, 26(2), 157-178.
- FENDRICH, M., MACKESY-AMITI, M.E., 2000, Decreased drug reporting in a cross-sectional student drug use survey, *Journal of Substance Abuse*, 11(2), 161-172.
- GRANT, B.F., STINSON, F.S., HASIN, D.S., DAWSON, D.A., CHOU, S.P., DUFOUR, M.C., COMPTON, W., PICKERING, R.P., KAPLAN, K., 2004, Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- GUYON, L., LANDRY, M., BROCHU, S., BERGERON, J., 1998. *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'Indice de gravité d'une toxicomanie*, Saint-Nicolas: Les Presses de l'Université Laval.
- HARRIS, J., PRYOR, J., ADAMS, S., 1997, *The challenge of intercoder agreement in qualitative inquiry*, Unpublished manuscript, University of Texas at Austin.
- HENDRICKS, U.M., KAPLAN, C.D., VANLIMBEEK, J. et GEERLINGS, P., 1989, The Addiction Severity Index: reliability and validity in a dutch addict population, *Journal of Substance Treatment*, 6, 133-141.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Communiqué de presse [en direct]*, 5 avril 2005 [Réf. du : 01 juillet 2006], Disponible sur le World Wide Web: <URL: <http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiq/2005/avril/avril0505a.htm> >.

KHANTZIAN, E.J., 1985, The self-medication hypothesis of addictive disorders, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1564.

KHANTZIAN, E.J., 1997, The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications, *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.

KLINGEMANN, H.K.H., SOBELL, L., BARKER, J., BLOMQUIST, J., CLOUD, W., ELLINSTAD, T., FINFGELD, D., GRANFIELD, R., HODGINGS, D., HUNT, G., JUNKER, C., MOGGI, F., PEELE, S., SMART, R., SOBELL, M., TUCKER, J., 2001, Natural recovery or recovery without treatment from alcohol and drug problems, as seen from survey data, In *Promoting self-change from problem substance use. Practical implications for policy, prevention and treatment*, London: Kluwer Academic Publishers.

LANDRY, M., BROCHU, S., BERGERON, J., 2004, Validity and Relevance of Self-Report Data Provided by Criminalized Addicted Persons in Treatment, *Addiction Research and Theory*.

LANDRY, M., COURNOYER, L.G., BERGERON, J., BROCHU, S., 2001, Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation: effet de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial, *Sciences et comportement*, 28, 3, 115-143.

MARLATT, G.A., 1999, *Alcohol, the Magic Elixir*, In S. PEELE & M. GRANT, (Eds.): *Alcohol and Pleasure: a Health Perspective* (233-249), Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

- MARLATT, G.A., 1987, *Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy and the transformation of emotional states*, In E. GOTTHEIL, K.A., DRULY, S. PASHKO, & S.P. WEINSTEIN (Eds), *Stress and Addiction*, New-york: Brunner/Mazel.
- McLELLAN, A. T., WOODY, G. E., & METZGER, D., 1996, Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable, *Milbank Quarterly*, 74(1), 51-85.
- MERTON, R.K., LOWENTHAL, M.F., KENDALL, P., 1990, *The focused interview: A manual of problems and procedures*, New-York: Free Pree.
- MILES, M.B., HUBERMAN, A.M., 2003 (1994 pour la version original), *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles: De Boeck Université.
- MOOS, G.A., BRENNAN, P.L., MERTENS, J.R., 1994, Diagnostic subgroups and predictors of one-year re-admission among late-middle-aged and older substance abuse patients, *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 173-183.
- MOOS, G.A., MERTENS, J.R., BRENNAN, P.L., 1994, Rates and predictors of four-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients, *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 561-570.
- MUESER, K.T., BELLACK, A.S., BLANCHARD, J.J., 1992, Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 845-856.
- NADEAU, L., 2001, *La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux*. Dans BROCHU, S., GUYON, L., LANDRY, M. (Eds), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : Études québécoises* (pp 45-71), Sainte-Foy, Qc: Presses de l'Université Laval.

- NADEAU, L., LANDRY, M., COURNOYER, L-G., 2001, *Étude descriptive et évaluative d'une programme d'intervention sur la comorbidité: Toxicomanie – Troubles mentaux*. Rapport de recherche, Montréal: Département de psychologie, Université de Montréal.
- OWEN, F.C., FISHER, E.P., BOOTH, B.M., CUFFEL, B.J., 1996, Medication noncomplicance and substance abuse among patients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 47, 853-858.
- RACHBEISEL, J., SCOTT, J., DIXON, L., 1999, Co-occurring severe mental disorders: A review of recent research, *Psychiatric services*, 50(11), 1427-1434.
- REGIER, D.A., FARMER, M.E., RAE, D.S., 1990, Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- SOBELL, L., SOBELL, M., 1992, *Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption*. In R.Z. LITTEN (Ed) & J.P. ALLEN (Ed), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods* (pp. 41-72), Totowa, NJ: Humana Press.
- SOBELL, L.C., ELLINGSTAD, T.P., SOBELL, M.B., 2000, Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research for future directions, *Addiction*, 85(5), 749-764.
- TONEATTO, T., SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., RUBEL, E., 1999, Natural recovery from cocaine dependence, *Psychology of Addictive Behaviours*, 13(4), 259-268.
- VALLEUR, M., 2000, *Toxicomanies*, Paris : Masson

VAN DER MAREN, J.M., 1996, *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

WEISS, R.D., GRIFFIN, M.L, MIRIN, S.M., 1992, Drug abuse as self-medication for depression: An empirical study. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 18(2), 121-129.

## CONCLUSION

Les troubles concomitants représentent la norme et non l'exception dans les centres de réadaptation en toxicomanie. Il s'agit d'une prise en charge difficile qui préoccupe les gestionnaires et requiert un arrimage entre services de santé mentale et de toxicomanie. Ainsi, les meilleures pratiques pour les troubles concomitants (Santé Canada, 2002) recommandent une intégration des équipes des deux disciplines. C'est le courant qui se développe, comme en témoigne la création à l'automne 2001 de la Clinique Cormier Lafontaine et, plus récemment, le développement des programmes de formation croisée impliquant les réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie (Perreault, Bonin, Brown, Fleury, 2007; Picher, Menard, Bertrand, 2007). L'impact des traitements au long cours est encore peu connu, de même que les ingrédients actifs à l'intérieur de ces traitements. La plupart des recherches publiées évaluent l'efficacité des traitements en adoptant une démarche quantitative qui porte sur une période relativement brève (12-18 mois), ne s'intéressant pas aux processus de changement à plus long terme ni à la perspective des usagers eux-mêmes. Les résultats, recueillis auprès de 22 participants selon une méthodologie mixte, font

ressortir plusieurs phénomènes sur les variations de la consommation et les facteurs de changement. La partie suivante présente les cinq principaux résultats qualitatifs, puis les deux principaux résultats quantitatifs de la thèse :

- 1) L'utilisation des services est un apport marquant;
- 2) Les processus de changement sont présents mais insuffisants;
- 3) La consommation est une stratégie d'adaptation lourde de conséquences;
- 4) Le processus de maturation paraît « passif » plutôt qu'actif;
- 5) Les relations interpersonnelles sont fragiles;
- 6) La diminution de la consommation peut inclure des moments d'abstinence;
- 7) La consommation de substances psychoactives peut être excessive.

## **Principaux résultats**

### **1) L'utilisation des services est un apport marquant**

Les participants rapportent que les services qu'ils ont utilisés pour faire face à leur problématique d'alcoolisme et/ou toxicomanie favorisent une diminution de consommation. Ils nomment l'acquisition de techniques de résolution de problèmes, le fait de se sentir dans un environnement protégé, la possibilité de réaliser des prises de conscience comme des éléments de changement. Ils rapportent aussi que les groupes d'entraide ou « meeting », qu'il s'agisse des A.A., N.A., C.A., D.A., et autres groupes de manière indifférenciée, sont aidants et favorisent les contacts sociaux.

Quantitativement, les participants utilisent de nombreux services, mais de manière souvent brève et irrégulière. Selon l'IGT, la moyenne d'utilisation des services en lien avec la consommation de SPA est de 3,35 au cours de la vie, de 2,06 pour les

hospitalisations et de 4,77 pour les suivis en clinique externe ou en pratique privée. L'utilisation des services est un apport marquant, car il s'agit souvent des seules ressources dont les participants disposent.

Dans la recherche de 1997-1999 (temps I, II et III), l'équipe du RISQ considérait l'abandon des services au CDC comme synonyme du fait que les participants n'avaient pas utilisé d'aide professionnelle, ce qui est le cas pour certains participants (n=6), mais ce qui n'a pas empêché d'autres participants de consulter ailleurs (n=16), principalement dans des centres de traitement privés et auprès des groupes d'entraide. Cet état de fait correspond au profil d'une clientèle souffrant de troubles concomitants qui demande plus souvent des services qu'une clientèle avec une problématique unique, mais qui abandonne aussi plus vite ces mêmes services. L'hypothèse selon laquelle les participants, qui avaient abandonné le traitement au temps I, s'étaient améliorés par leurs propres moyens, n'est sans doute pas valable selon la terminologie de la rémission sans traitement. Ils ont pu consulter ailleurs, même pour une courte durée, et ils rapportent que ces services sont aidants. C'est ici que la gravité provoquée par la présence de troubles concomitants prend toute son importance. Les participants ne disposent pas des mêmes ressources psychiques, relationnelles, financières et sociales que les personnes aux prises avec des problèmes de substances mais qui ne consultent jamais et diminuent leur consommation par elles-mêmes.

La notion de « capital social » élaborée par Bourdieu (1992) peut être intéressante pour décrire le patrimoine que possède l'individu sur sa propre vie. Bourdieu distingue plusieurs types de capital (culturel, économique, social et culturel) qui

peuvent avoir une influence au niveau de la santé. Ces différents types de capital sont interreliés, mais le plus important serait le capital social car : 1) il permet une rapide diffusion de l'information reliée à la santé et des comportements de santé adéquats, 2) il procure aux personnes un environnement affectif supportant, agissant comme une source supplémentaire d'estime de soi et de conseils; 3) il procure les ressources pour avoir accès à un plus grand réseau professionnel de santé et/ou avec des délais d'attente plus réduits. Nos participants semblent présenter un capital social limité, qui rend marquant l'apport des services. Les participants vont aller chercher dans les services ce qui leur manque, qu'il s'agisse d'un sentiment de sécurité, d'un rythme de vie plus stable en « désintox » ou d'un moment de socialisation avec des groupes d'entraide.

## **2) Les processus de changement sont présents mais insuffisants**

Les éléments de diminution de la consommation rapportés par les participants sont similaires à ceux répertoriés par les personnes qui arrêtent de consommer dans un contexte de rémission sans traitement (chapitre III). C'est-à-dire que les éléments de changements répertoriés dans le phénomène de la rémission sans traitement sont similaires en termes de thématiques, bien que l'ordre d'importance diffère dans notre échantillon. Ainsi, les thèmes reliés à la santé et aux autres conséquences négatives de la consommation sont les plus fréquents dans la recension des Sobell et al. (2000), suivi par les relations avec les personnes significatives, la famille et les amis. Pour nos participants, ces mêmes thèmes reviennent, mais après l'utilisation des services. Bien sûr, ce dernier thème est absent des personnes qui changent sans traitement. Ce type de rémission est un phénomène présent pour des abus et des dépendances aux SPA

dont la gravité est souvent moins importante que notre échantillon. Pour nos participants, la rémission sans traitement est une exception, toujours possible puisque des participants peuvent venir à l'admission en traitement et ne plus se représenter par la suite (l'attrition des participants entre les temps de mesure I et IV laisse envisager cette possibilité). S'il n'y a pas de rémission sans utilisation de service au sein de notre échantillon, on peut penser que la gravité concomitante initiale de la toxicomanie et des autres troubles mentaux restreint cette possibilité. D'un autre côté, un des aspects méthodologiques qui pose problème dans les recherches sur la rémission sans traitement est qu'il s'agit d'une population difficile à rejoindre car justement, elle n'utilise pas de service, ces derniers étant les points d'entrée de la plupart des recherches. On ne peut donc écarter l'hypothèse que ce phénomène soit présent pour des personnes souffrant de troubles concomitants.

Ces données de thèse amènent à penser, à la suite d'Orford et al. (2006), qu'un modèle de changement pour des patients présentant des troubles concomitants devrait inclure : 1) des éléments induits par les services, comme le montre le facteur « utilisation des services » et les changements quantitatifs constatés aux différents temps de mesure de l'IGT; 2) des éléments induits par des facteurs personnels de changement, comme le montre le facteur « techniques des participants » et l'ensemble des thèmes habituels présents dans la documentation du changement sans traitement. C'est cette combinaison qui semble être la clef des changements dans les volumes de consommation des participants.

### **3) La consommation est une stratégie d'adaptation lourde de conséquences**

Les participants consomment des substances pour essayer de faire face à une souffrance psychique. Dans leur vécu subjectif, la consommation de SPA permet d'immédiatement anesthésier ou apaiser cette souffrance. L'étude de Velasquez, Carbonari & DiClemente (1999), réalisée auprès de 132 personnes souffrant de troubles concomitants admises dans un programme de traitement spécialisé, va dans le même sens. La variable la plus liée à l'envie de consommer, lors de la passation du *Brief Symptoms Inventory*, est celle des affects négatifs, comme la tristesse et la colère. Ces auteurs proposent que les personnes avec des troubles concomitants bénéficient d'un traitement qui s'axe sur la capacité à sentir et à reconnaître les affects négatifs et développent des stratégies afin de les gérer. À la suite de Blomqvist (2002), les données qualitatives de thèse présentent la consommation problématique de substances psychoactives comme une stratégie adaptative, bien que trompeuse, face aux besoins internes, aux pressions extérieures et au contexte d'utilisation. Cette stratégie n'est pas unique aux personnes souffrant de troubles concomitants, mais elle est plus probable, compte tenu de la grande souffrance psychique que ces personnes éprouvent, et a également des conséquences plus dommageables. L'interaction de l'usage problématique de SPA et de la santé mentale est un vaste domaine. Les effets et les conséquences de ces interactions diffèrent selon le contexte, les variabilités individuelles, les psychopathologies et le type de SPA. Mais on peut penser que ces interactions sont en lien avec les difficultés vécues par nos participants en termes de fonctionnement personnel, social et professionnel.

#### 4) Le processus de maturation paraît « passif » plutôt qu'actif

Le processus de maturation, tel que considéré dans ce travail, implique un processus qui s'étend dans le temps, ponctué de tentatives d'arrêt de consommation et de rechutes. C'est un processus qui fait vivre aux participants un apprentissage mental de leurs modes de fonctionnement et qui les confronte à une réalité qui se répète. Chez plusieurs participants, ce processus permet de faire des liens avec une histoire où la consommation a amené de nombreuses pertes, que ce soit au niveau de l'argent, d'emploi ou de personnes significatives. C'est à travers ces pertes que les participants décèlent les répétitions et apprennent à gérer leur souffrance psychique et leur consommation.

Le phénomène de maturation est décrit dans la documentation. Winnick (1962) a été le premier à poser l'hypothèse d'un phénomène de « maturation » dans une perspective développementale. Il cherchait ainsi à expliquer la recension réalisée par le gouvernement américain où 16 725 personnes dépendantes aux opiacées en 1953 n'étaient plus que 5 921 en 1959. Pour Winnick, la consommation d'opiacée varie selon un cycle qui se greffe aux cycles de développement des individus. Pour cet auteur, la maturation est rendue nécessaire par le fait qu'établir une famille, travailler, vivre en société comme adulte est incompatible avec la consommation d'opiacés. Martens (2000) décrit également un processus de maturation pour les personnes avec un trouble de personnalité antisociale et qui rapportent une baisse des comportements antisociaux dans les troisième et quatrième décades de leur vie. D'autres auteurs utilisent également le processus de maturation pour expliquer le phénomène de la rémission sans traitement (Biernacki, 1986; Castel, 1998; Peele, 1999).

Nos participants rapportent une sensation générale « d'écœurement » et de dégoût de soi qui se développe au fur et à mesure des tentatives et échecs répétés d'arrêt de consommation. Au fur et à mesure que les conséquences négatives de la consommation s'ajoutent, cet écœurement grandit. L'expérience « d'écœurement » reflète une sensation générale qui devient envahissante, et qui semble croître peu à peu jusqu'à un seuil où elle s'impose au participant qui ne peut plus l'ignorer. Ce seuil, ou ce point d'arrêt, est propre à chaque participant. Si on peut constater objectivement des conséquences négatives de la consommation pour chacun des participants, ce seuil reste subjectif et propre à chaque individu. A noter que si plusieurs recherches (Klingemann et ses collaborateurs, 2001) mettent de l'avant l'importance d'un événement déclencheur dans les tentatives d'arrêts ou de sortie de la consommation, comme un événement critique de vie, ils ne constituent pas un passage nécessaire dans cette étude. Certains de nos participants rapportent que, même sans événement critique, ils se retrouvent à ce seuil de transition. Comme si une longue routine désagréable avait évolué pour devenir une longue routine insupportable. Le dégoût prend la place du besoin de consommer. C'est à ce point qu'interviennent de nouvelles tentatives d'arrêts ou de diminution de consommation.

##### **5) Les relations interpersonnelles sont fragiles**

Les participants semblent vivre difficilement leurs relations interpersonnelles, que cela soit une vie de couple, de famille ou des amitiés. Le constat selon lequel leur réseau interpersonnel est fragile n'est pas un hasard mais reflète plutôt l'incapacité à développer et maintenir des relations interpersonnelles. C'est peut-être une ligne de démarcation entre une clientèle avec des troubles concomitants, « plus lourde », et

une clientèle avec une problématique unique. Dans le dernier cas, la capacité à maintenir ou créer des liens d'attachement n'est peut être pas autant hypothéquée et cette clientèle possède des ressources supplémentaires, comme la présence d'une famille qui soutient, d'un travail qui organise le temps ou d'un réseau social qui n'est pas uniquement tourné vers la consommation. Près de la moitié de nos participants présentent un diagnostic de troubles de la personnalité ou de schizophrénie, troubles mentaux qui par définition compromettent et nuisent aux relations interpersonnelles (DSM-IV). Les participants utilisent les groupes d'entraide dans une fonction de socialisation où les « exigences relationnelles » sont plus commodes et satisfaisantes que dans les schémas relationnels habituels plus exigeants que sont le couple, le travail, la famille et les amis. Cette utilisation contraste avec celle d'autres membres A.A. qui utilisent les étapes, surtout de la quatrième à la douzième, comme véritable psychothérapie leur permettant de se connaître, de se développer et de devenir plus authentiques. Pour ceux-là, les groupes d'entraide sont un tremplin, ce qui ne semble pas être le cas de nos participants.

#### **6) La diminution de la consommation peut inclure des moments d'abstinence**

Pour la période de cinq ans, les portraits de consommation réalisés avec le TLFB (annexe III) montrent que les volumes de SPA consommés sont variables au cours du temps, selon un format sinusoïde ou même de « va-et-vient ». Pris sur une courte fenêtre temporelle, de quelques semaines à un an, ces volumes peuvent changer rapidement et prendre plusieurs formes, comme celle d'une diminution, d'un maintien ou d'une progression. Ces rapides variations peuvent être trompeuses, d'importants

écarts de consommation pouvant se produire en un court laps de temps : nos participants vivent des périodes d'abstinence et de rechute, alternant des diminutions et des progressions à un rythme rapproché dans le temps (voir les participants 2, 4, 8, 10, 11, 12, 16, 21 et 22 dans l'annexe III). Cette consommation en alternance est décrite dans la documentation (Drake, 2005) et par les cliniciens (Duhamel & Lallemand, 2001). On peut penser que les instruments d'évaluation des traitements, qui utilisent une fenêtre d'observation temporelle réduite de quelques semaines ou de quelques mois, rendent compte de façon trop partielle de la nature de ces changements. Une fenêtre de plusieurs années devrait donc être un critère privilégié pour assurer une évaluation significative des variations de la consommation.

Le suivi de cinq ans permet de prendre du recul et d'observer les variations de consommation avec une perspective plus globale. Les analyses visuelles du TLFB montrent que dix des participants ont une consommation de SPA en diminution, neuf une consommation sans changement et trois une consommation en progression (voir annexe III). Ce constat est corroboré par l'IGT qui montre que, pour le groupe, cette diminution est significative au niveau des substances psychoactives entre les temps III (1998/1999) et IV (2004/2005). De plus, parmi les portraits du TLFB, on constate que 20 des 22 participants ont vécu une ou plusieurs périodes d'abstinence, allant d'une durée d'un mois à quatre ans, pour une moyenne de 5,18 mois. Au moment de l'entrevue, six des participants sont abstinents, tandis que 16 consomment des SPA. Bien que nos participants présentent un tableau sévère d'inadaptation sociale et chronique, avec une consommation problématique, ils vivent des moments d'abstinence, de durée variable, mais pouvant s'étaler sur plusieurs années.

En somme, la présence d'amélioration de la consommation de SPA et la présence de périodes d'abstinence peut surprendre pour des participants présentant un tableau aussi sévère.

#### **6) La consommation de substances psychoactives peut être excessive**

Même si on constate une diminution et des moments d'abstinence, la consommation de SPA peut aussi être problématique. Selon le TLFB, dans les 12 derniers mois, deux participants se disent abstinents, six présentent une consommation à faible risque et 14 montrent une consommation problématique (plus de cinq consommations standards en une occasion au moins une fois dans les 12 mois). Pour les autres SPA, dans les 12 derniers mois, quatre participants ont consommé de la cocaïne et six participants ont consommé du cannabis, selon une quantité et une fréquence qui les situent dans les catégories « à risque » ou « excessif » (typologie de la consommation de cannabis proposée par le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, 2002). Ces données rappellent que les volumes consommés peuvent quelquefois rester problématiques. Au suivi de cinq ans, on constate parmi les participants avec une consommation problématique que six ont maintenu leur volume de SPA (1, 5, 6, 8, 9, 22). Cette consommation est régulière, pour ne pas dire stable, et n'a pas conduit à une spirale progressive de consommation. Comme si une routine s'était mise en place, avec des excès qui sont présents mais ne vont pas déséquilibrer le style de vie des participants. Au niveau clinique, le constat que cette consommation excessive suit une relative stabilité durant plusieurs années procure une image complémentaire par rapport aux traditionnelles recommandations d'abstinence pour toutes les personnes souffrant de troubles concomitants. Certains de nos participants semblent gérer une

consommation excessive sans tomber dans une spirale progressive de rechutes et de désorganisation.

## Limites de l'étude

### 1) L'indice de gravité d'une toxicomanie

Les résultats, tant qualitatifs que quantitatifs, montrent que les participants diminuent leur consommation de substance. Or, le volume consommé n'est pas un critère clinique à l'établissement d'un diagnostic psychopathologique, c'est-à-dire que l'on ne sait pas si les participants s'améliorent à un niveau diagnostique. De plus, les données de l'IGT version abrégée, utilisant principalement une fenêtre de mesure de 30 jours, doivent être vues comme des photos « instantanées » sur la situation du participant. C'est une limite des mesures répétées, même avec plusieurs intervalles, qui ne couvrent qu'une période des 30 derniers jours.

### 2) Le *Timeline followback*

La nature rétrospective des données limite les résultats de cette étude. Les informations recueillies remontent jusqu'à cinq ans, voire quelquefois six ans en arrière. La consommation problématique d'alcool peut altérer les fonctions mnésiques et le rappel d'informations et six des participants rapportent (à l'IGT) avoir vécu des *black-out*. Les mesures établies à l'aide du TLFB doivent donc être considérées avec prudence, même si la consultation des dossiers médicaux et des données antérieures de recherche a permis d'avoir des données collatérales et de clarifier les volumes

consommés (sauf pour six participants dont les dossiers ont été détruits conformément aux règles de conservation du Centre Dollard-Cormier).

### **3) Les entrevues qualitatives**

La méthode des entrevues centrées donne une place prépondérante aux participants. Pour cela, l'intervieweur suit et respecte l'élaboration des participants, même en cas de digressions par rapport à la question posée. Une entrevue qualitative reste une rencontre intersubjective entre deux personnes, même si elle respecte la séquence des questions prévues (annexe II). Le discours des participants s'est développé en interaction avec le chercheur, ce qui a pu entraîner une transmission subtile d'attentes de recherche. À ce sujet, les enregistrements audionumériques ne révèlent pas d'influences manifestes.

### **4) L'attrition entre les temps de mesure**

L'échantillon initial de 197 participants est passé par deux périodes d'attrition, celle due à la première étude de Nadeau, Landry et Cournoyer (2001) et celle due aux critères de diversification et de recrutement de la recherche de thèse. Dans la première période, on peut penser que les personnes qui veulent participer à la recherche (temps I) et aux suivis (temps II et III) sont celles dont la situation s'est le plus améliorée. Dans la deuxième période, la difficulté à rejoindre par téléphone les participants potentiels peut également induire un biais de recrutement. Ce sont les personnes qui vont le mieux qui sont plus susceptibles d'être rejointes. Selon l'IGT, les comparaisons intragroupes aux temps I, III et IV ne montrent pas de différence aux niveaux sociodémographiques, excepté au niveau de l'âge des participants qui sont au

temps IV trois ans plus âgés que ce qui serait normalement attendu. On peut donc émettre l'hypothèse que nos participants sont ceux qui présentent un profil biopsychosocial plus favorable que ceux qui n'ont pas été rejoints.

## **Avenues de recherche**

### **1) La consommation, la partie visible de l'iceberg?**

Est-ce que la consommation est la sphère de vie la plus problématique ou n'est-elle que la partie visible de l'iceberg? La présente recherche s'est principalement centrée sur la consommation de SPA, au détriment de plusieurs autres dimensions, comme la santé mentale, l'intégration sociale, le réseau familial ou l'emploi. Une recherche qualitative mettant l'accent sur la santé mentale pourrait permettre de mieux comprendre les processus qui s'établissent entre la consommation problématique de SPA et la souffrance psychique. Dans le vécu subjectif des participants, ces processus sont un passage obligé pour une meilleure gestion de la consommation. Il serait intéressant d'approfondir les interactions de ces processus avec l'ensemble des sphères de vie des personnes souffrant de troubles concomitants. L'accent mis par nos participants sur la consommation comme stratégie d'auto-médication incite à se pencher davantage sur le ressenti des personnes et les processus sous-jacents plutôt que sur les aspects diagnostique et objectifs que l'on retrouve habituellement dans la documentation scientifique.

## **2) Privilégier une démarche prospective**

Les cliniciens, dans une démarche de psychothérapie, peuvent parfois constater la capacité de reconstruction de l'histoire de vie des patients avec un passé difficile. Une reconstruction de la réalité qui peut passer sous silence certains éléments afin de maintenir l'identité et la stabilité de la personne. Certains événements malheureux peuvent être passés sous silence et mis au ban de la mémoire. Ce phénomène peut poser problème dans une démarche d'entrevue qualitative « en profondeur » utilisant une méthodologie rétrospective. Les participants peuvent « reconstruire » certaines parties de leur vie manquante afin d'être plus congruents face à l'intervieweur et à eux-mêmes. Dans une méthodologie longitudinale, une démarche prospective aurait sa place afin d'établir une évaluation robuste de la consommation de SPA et, parallèlement, de la situation de vie des participants. Les éléments et processus de changement analysés pourraient alors être mis en correspondance selon une méthodologie encore plus robuste. Il serait ainsi possible de confirmer la présence de moments d'abstinence de consommation et d'identifier les facteurs de changement à l'œuvre.

**Références documentaires** (pour les sections non couvertes par les articles)

Acier, D., Nadeau, L. (2005). Troubles mentaux et troubles liés à une substance. *Addictologie et Alcoologie*, 27(4), 315-324.

Acier, D., Nadeau, L., Landry, M. (sous presse). La rémission sans traitement : État de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Annales médico-psychologiques*.

Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R.E. (2000). An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 36(6), 557-569.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed.)*. Washington, DC: Author.

Battjes, Robert J., Onken, L., & Delany, P. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu J. Bergeron (Eds), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*. (pp31-46). Québec : Les Presses de l'Université Laval

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., Trepanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool. L'indice de gravité d'une toxicomanie*. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.

Blomqvist, J. (2002). Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 119-158.

Boislard, J. & Germain, M. (1998). L'utilisation de l'IGT dans la planification des services : l'expérience de Domremy-Montréal. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, J. Bergeron, *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*, (pp153-168). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris: Le Seuil.

Bradizza, C. M., & Stasiewicz, P. R. (2003). Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol-use situations among severely mentally ill substance abusers. *Addictive Behaviors*, 28, 157-169.

Brochu, S. (1995). *Drogues et questions criminelles : une relation complexe*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Brochu, S., Guyon, L. (1998). L'utilisation de l'ASI/IGT en centre de détention. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, J. Bergeron (Eds.) *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*. (pp47-66). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg : Editions Universitaires.

Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (Sénat). *Le cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2002, téléchargé le 7 août 2006 de [http://www.parl.gc.ca/common/committee\\_SenActivity.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm\\_id=85](http://www.parl.gc.ca/common/committee_SenActivity.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=85).

Connors, G.J., Donovan, D.M., DiClemente, C.C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change : selecting and planning interventions*. New York: Guilford Press

- Cournoyer, L.G. (1994). *Les précurseurs cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Craig, R.J., Olson, R.E. (1990). MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 230-237.
- Crawford, V., Crome, I., Clancy, C. (2003). Co-existing problems of mental health and substance Misuse (Dual diagnosis): A litterature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(5), 1-74.
- Cuffel, B.J. (1996). Comorbid substance use disorder: Prevalence, patterns of use, and course. *New Directions for Mental Health Services*, 70, 93-105.
- Cunningham, J.A. (1999b). Resolving alcohol-related problems with and without treatment: The effects of different problem criteria. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 463-466.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B. (1998). Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups. *Addictive Behaviors*, 23(3), 399-404.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S., Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347-353.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general populations. *Drug and Alcohol dependance*, 77, 139-150.
- Denzin, N. K. (1988). Triangulation. Dans Reeves, J.P. (Ed), *Educational Research Methodology and Measurement: an International Handbook*. Toronto: Pegamon Press.

- Delefosse, M.S., Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Dunod.
- Drake, R.E. (2005). Introduction to the special section on relapse prevention. *Psychiatric Services, 56*(10), 1269.
- Drake, R.E., Wallach, M.A., Alverson, H.S., Mueser, K.T. (2002). Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(2), 100-106.
- Duhamel, D. & Lallemand, V. (2001). Toxicomanie et trouble de la personnalité. Réflexions sur le traitement. *Santé Mentale au Québec, 26*(2), 157-170.
- Gossop, M., Mardsen, Stewart, D, Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programs in England. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 89-98.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans Denzin N.K. & Lincoln Y.S. (Eds), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Guyon, L, Landry, M., Brochu, S., Bergeron, J. (1998). *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'Indice de gravité d'une toxicomanie*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Harris, J., Pryor, J., Adams, S. (1997). *The Challenge of Intercoder Agreement in Qualitative Inquiry*. Unpublished manuscript, University of Texas at Austin.
- Hendricks, U.M., Kaplan, C.D., Van Limbeek, J., Geerlings, P. (1989). The addiction severity index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment, 6*, 133-141.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a *Psychiatric Symptom Index* in a normal population. *Psychological Reports, 39*, 1215-1228.

- Kasten, B. P. (1998). Experience of mentally ill adults with co-occurring substance use disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 58(8-B), pp. 4140.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilisation, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Klingemann, H. K. (2001). Natural recovery from alcohol problems. In N. Heather & T.J. Peters (Eds), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems* (pp. 649-662). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Klingemann, H.K., (1992). Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions*, 27(12), 1359-1388.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp365-388). Montréal: Gaëtan Morin.
- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S., Knight, E. (2000). Addictions services : Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 457-476.
- Mariezcurrana, R. (1994). Recovery from addictions without treatment: Literature review. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 23(3), 131-154.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52

McLellan, A.T.; Luborsky, L.; O'Brien, C.P.; and Woody, G. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 168(1), 26-33.

Merton, R.K., Lowenthal, M.F., Kendall, P. (1990). *The focused interview: A manual of problems and procedures*. New-York: Free Press.

Miles, M.B., Huberman, A.M. (2003, 1994 pour la version original). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck Université.

Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Nadeau, L. (1998). L'ASI/IGT auprès des grands buveurs de la population générale. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, J. Bergeron (Eds), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*. Les presses de l'Université Laval (p169-192). Québec: Les Presses de l'Université Laval

Nadeau, L., Landry, M., Cournoyer, L-G. (2001). *Étude descriptive et évaluative d'une programme d'intervention sur la comorbidité: Toxicomanie – Troubles mentaux*. Rapport de recherche. Montréal: Département de psychologie, Université de Montréal.

Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., Fryer, K., Handforth, L., Alwyn, T., Kerr, C., Thistlethwaite, G., Slegg, G., UKATT Research Team (2006)

The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem:

qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial, *Addiction*, 101 (1), 60-68.

Peele, S. (1998, Spring). Ten radical things NIAAA research shows about alcoholism. *The Addiction Newsletter*, 5(2), 17-19.

Peele, S. (2001, Summer). Change is natural. This is why therapists and helpers must embrace natural process. *SMART Recovery News & Views*, 7-8.

Perreault, M., Bonin, J.-P., Brown, T., Fleury, M.-J. (2007, mai). *Évaluation d'un programme de formation croisée montréalais visant l'intégration des services en santé mentale, en toxicomanie et en sécurité publique*. Conférence présentée aux 2<sup>es</sup> journées bi-annuelles de santé mentale.

Picher, F., Menard, J.M., Bertrand, K. (2007, mai). *L'intégration des services aux personnes présentant un trouble concomitant en Mauricie-Centre-du-Québec : un projet innovateur de formation croisée*. Conférence présentée aux 2<sup>es</sup> journées bi-annuelles de santé mentale.

Pires, A., (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A., *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp113-167). Montréal: Gaëtan Morin.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Rasmussen, S. (2000). Dual Disorders. In Rasmussen (Ed), *Addiction Treatment : Theory and Practice* (pp318-340). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rosenthal, R.N., Westrich, L. (1999). Treatment of persons with dual diagnosis of substance use disorder and other psychological problems. In McCrady, B.S. &

- Epstein, E.E. (Eds), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (pp439-476). New York: Oxford University Press.
- Rouhbakhsh, P., Lewis, V., Allen-Byrd, L. (2004). Recovering alcoholic families: When is normal not normal and when is not normal healthy? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 22, 2, 35-53.
- Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2002). The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: Comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.
- Sarason, I.G., Levine, M.H., Basham, R.B. et Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sobell, L., Sobell, M. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R.Z. Litten & J.P. Allen (Eds), *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biochemical Methods* (pp. 41-72). Totowa, NJ: Humana Press.
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W.R. Miller, & J. Greley (Eds.) *Self Control and the Addictive Behaviors*, (pp. 198-242). New York: Maxwell Macmillan.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13(4), 259-268.

Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism : Causes, Patterns and Paths to Recovery*. Harvard University Press: Cambridge, MA.

Vaillant, G.E. (1995). *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Harvard University Press: Cambridge, MA.

Vaillant, G.E. (1996). A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 53(3), 243-249.

Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2<sup>e</sup> édition). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Velasquez, M. M., Carbonari, J. P., & DiClemente, C. C. (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addictive Behaviors*, 24, 481-496.

Winick, C., (1962). Maturing Out of Narcotic Addiction. *Bulletin on Narcotics*. 14, 1-7.

## ANNEXES

**ANNEXE I Certificat d'éthique du CERT**

**Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)**  
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

## Certificat d'éthique

Le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT),  
selon les procédures en vigueur, a examiné le projet de recherche intitulé :

*Rémission de consommation chez une jeune femme présentant une  
concomitance de troubles liés aux substances et d'autres troubles  
mentaux*

*N D: CERT/2004-021*

et soumis par :

*Monsieur Didier Acier*

Le comité a conclu que la recherche proposée respecte les règles d'éthique.

  
Marie-Andrée Bertrand, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en  
toxicomanie (CERT)

*5 mars 2004*

Date d'émission

## **ANNEXE II Protocole des entrevues centrées**

### QUESTION 1: Passation du TLFB

Sous-question 1: « Je vous remercie de m'accorder deux heures de votre temps. Nous sommes intéressés par votre consommation d'alcool et de drogues depuis votre admission au Centre Dollard-Cormier. Nous aimerions connaître les variations de votre consommation depuis (donner la date précise) jusqu'à aujourd'hui. J'ai ici un calendrier qui peut vous aider à dresser un profil de vos habitudes de consommation. J'aimerais connaître la quantité d'alcool que vous prenez habituellement et les variations dans votre consommation (le cas échéant, reposer cette dernière question concernant la quantité et le type de drogues)<sup>3</sup>.»

Sous-question 2: « J'aimerais confirmer avec vous les baisses de consommation. Vous dites que votre consommation a diminué (s'est arrêtée) de (donner les dates précises, pour l'alcool et les autres drogues). Est-ce que c'est bien cela? ».

### QUESTION 2: Éléments et processus déclencheurs et de maintien de la rémission

-Si des périodes de rémission sont identifiées à la question 2-

---

<sup>3</sup> La classification des substances psychoactives correspond à celle de l'IGT.

« Je voudrais que vous me parliez de ces moments de diminution (d'abstinence) de consommation. Que s'est-il passé pour que votre consommation d'alcool (et de drogue, si applicable) diminue (ou s'arrête)?

« Comment avez-vous fait pour maintenir la diminution de votre consommation ? »

[questions de relance]

Comment avez vous fait pour diminuer (arrêter) votre consommation?

Quels sont les moyens que vous avez utilisés pour maintenir (arrêter) votre consommation?

Est-ce qu'il y a d'autres explications possibles à votre diminution (arrêt) ? ».

QUESTION 3: Éléments et processus ayant retardés la rémission

-Si des périodes de rémission sont identifiées à la question 2-

Qu'est-ce qui était le plus difficile dans votre démarche d'arrêt de consommation?

Qu'est-ce qui a le plus retardé votre diminution (arrêt) de consommation?

[questions de relance]

Quels sont les éléments qui ont freiné la diminution de votre consommation?

Quels sont les éléments qui ont été des barrières à votre diminution (arrêt) de consommation?

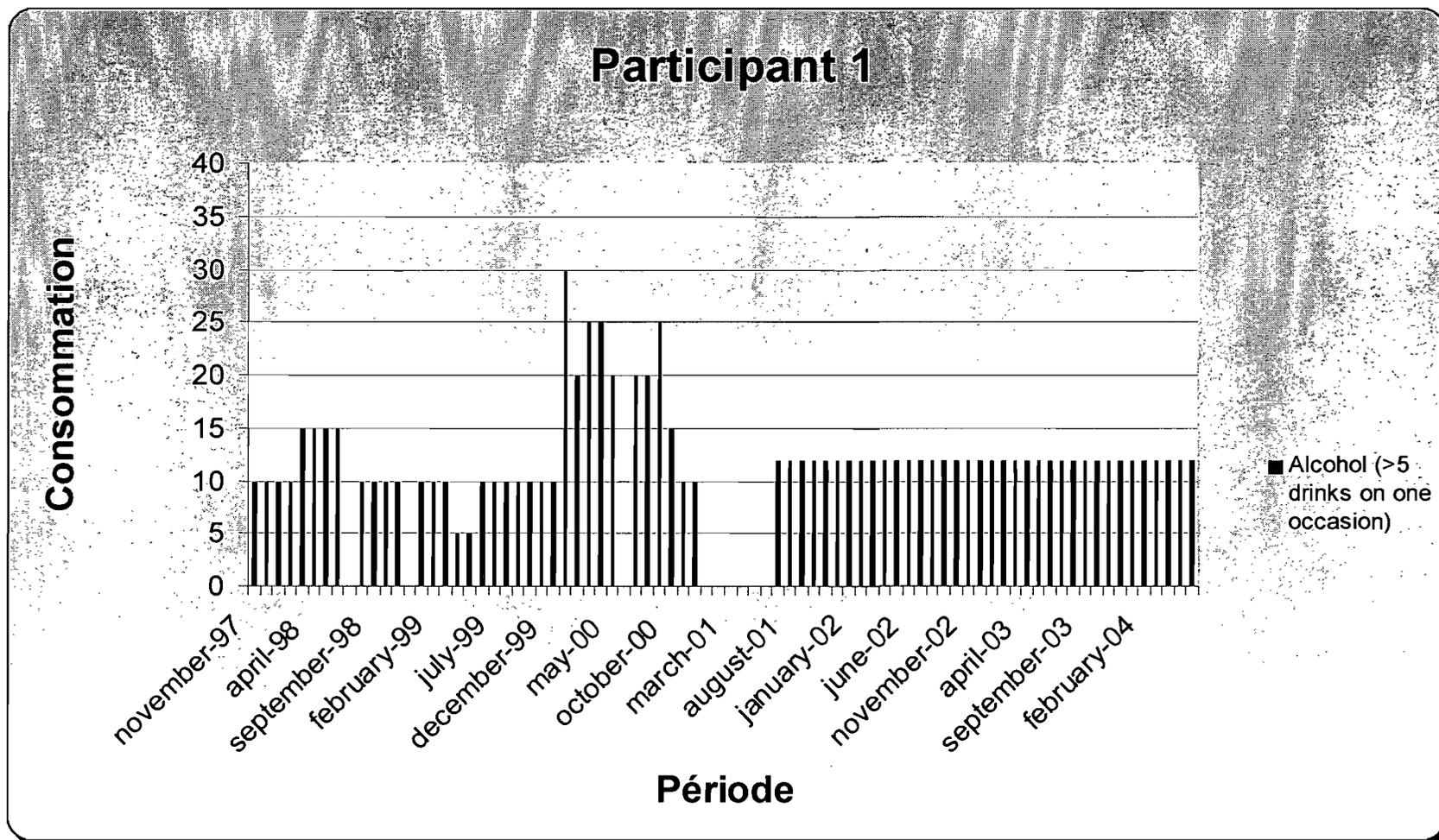
-Si aucune période de rémission n'a été identifiée à la question 2-

« Vous n'avez vécu aucune diminution de consommation d'alcool (drogues) au cours des dernières années. Comment expliquez-vous cela?

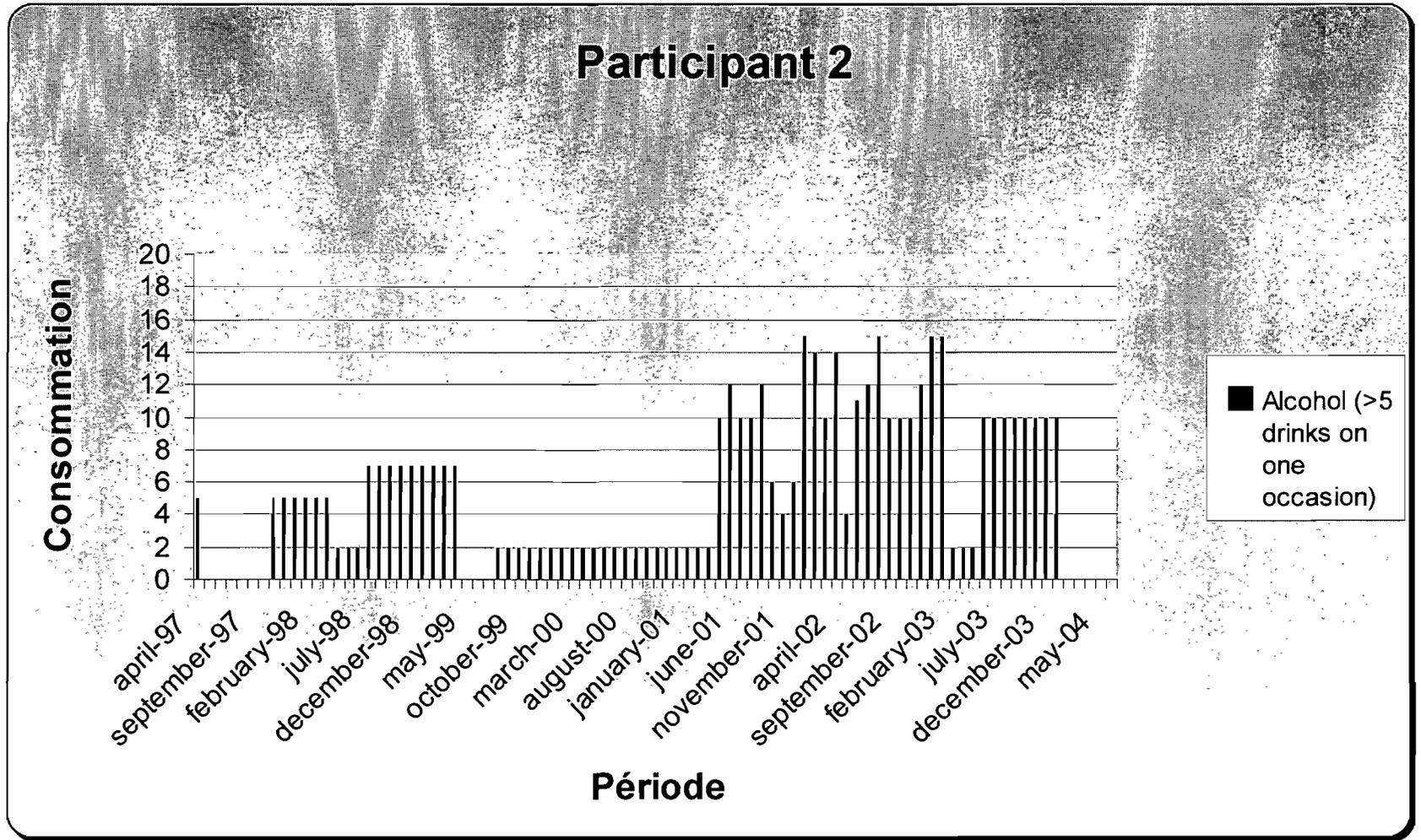
**QUESTION 4: Contrôle de l'utilisation des services**

« Je voudrais connaître les ressources d'aide que vous avez utilisées au cours de ces années.

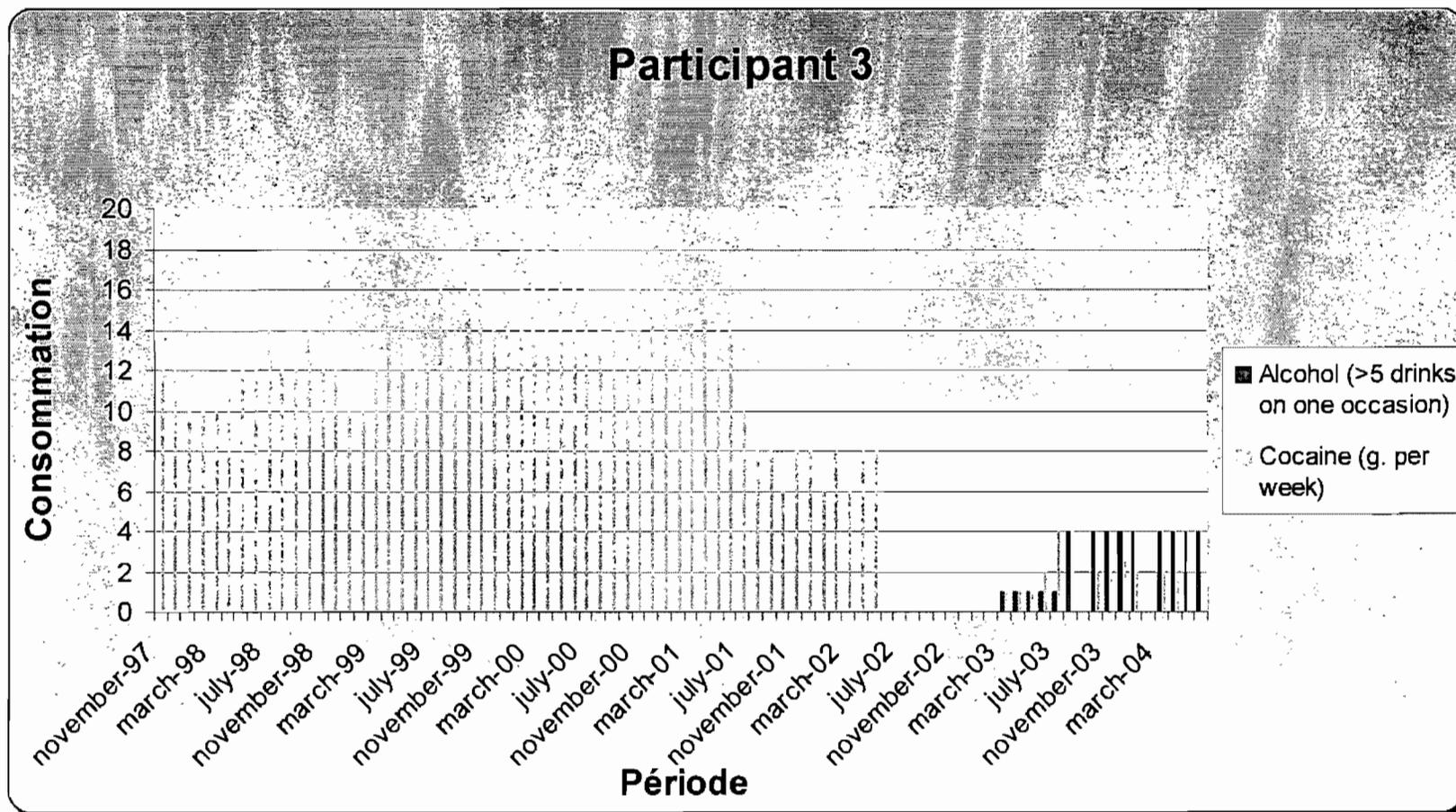
**ANNEXE III Portraits de la consommation selon le TLFB**



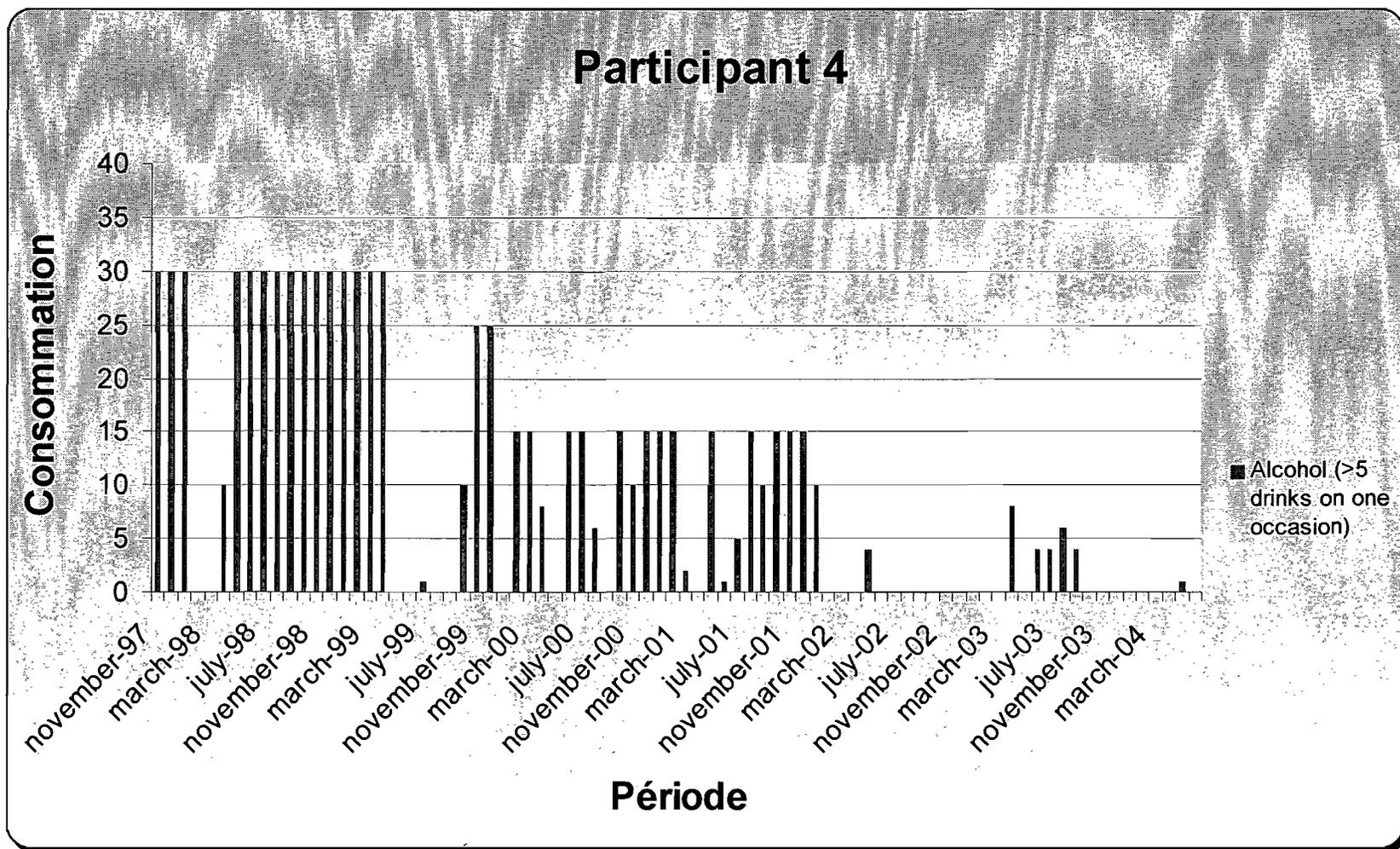
Accord inter-juges (p1) : Stable



Accord inter-juges (p2) : Progression

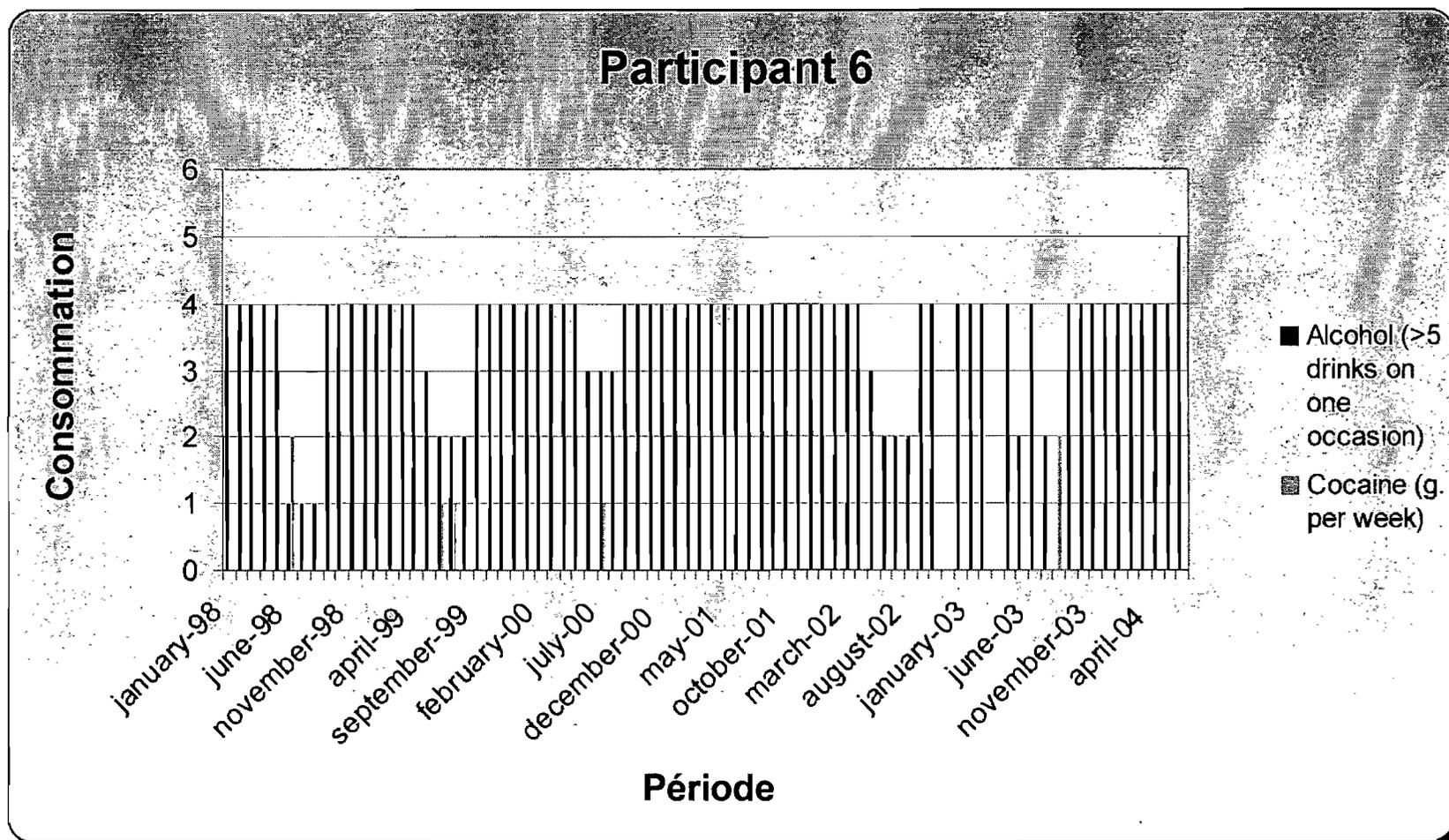


Accord inter-juges (p3) : Diminution

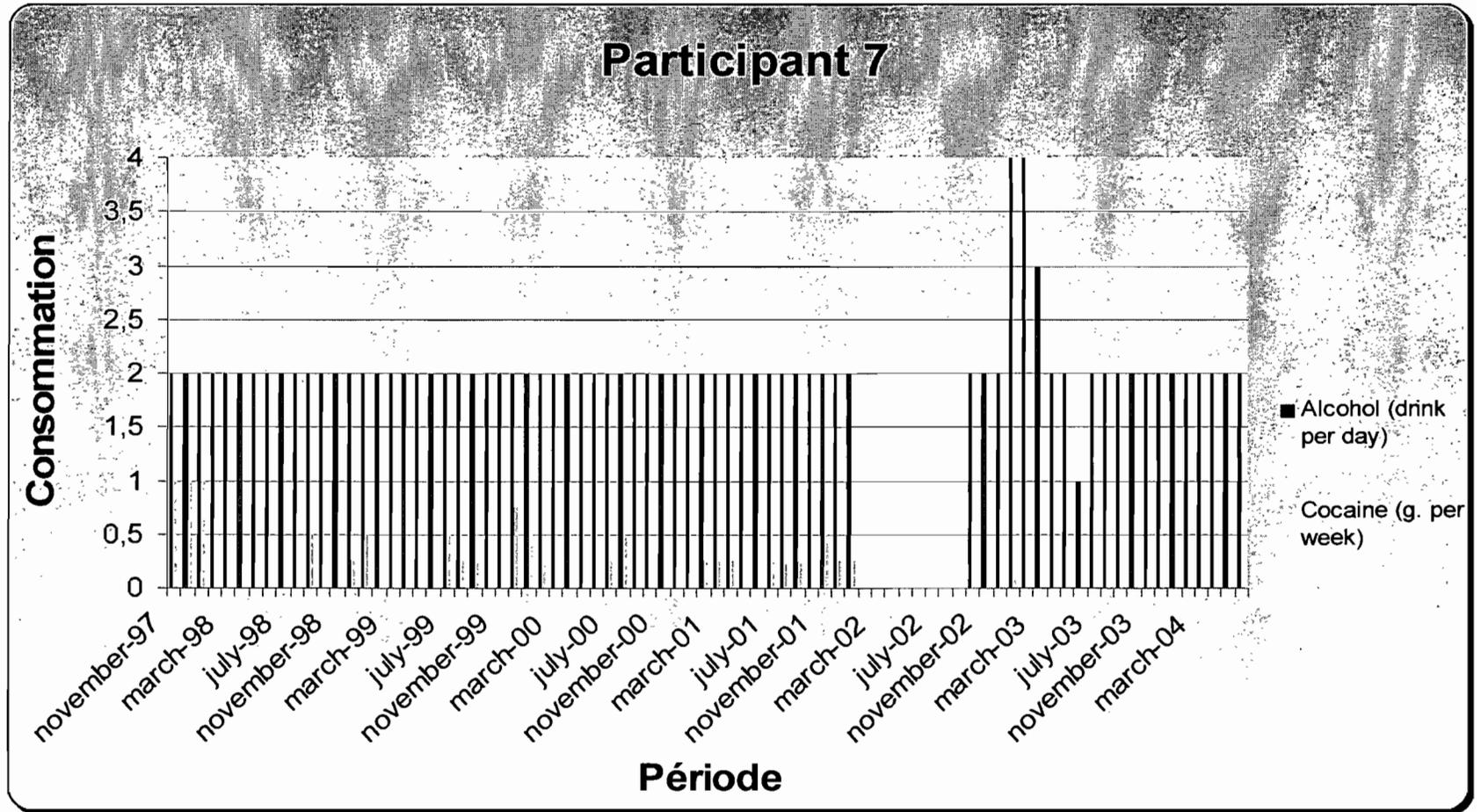


Accord inter-juges (p4) : Diminution

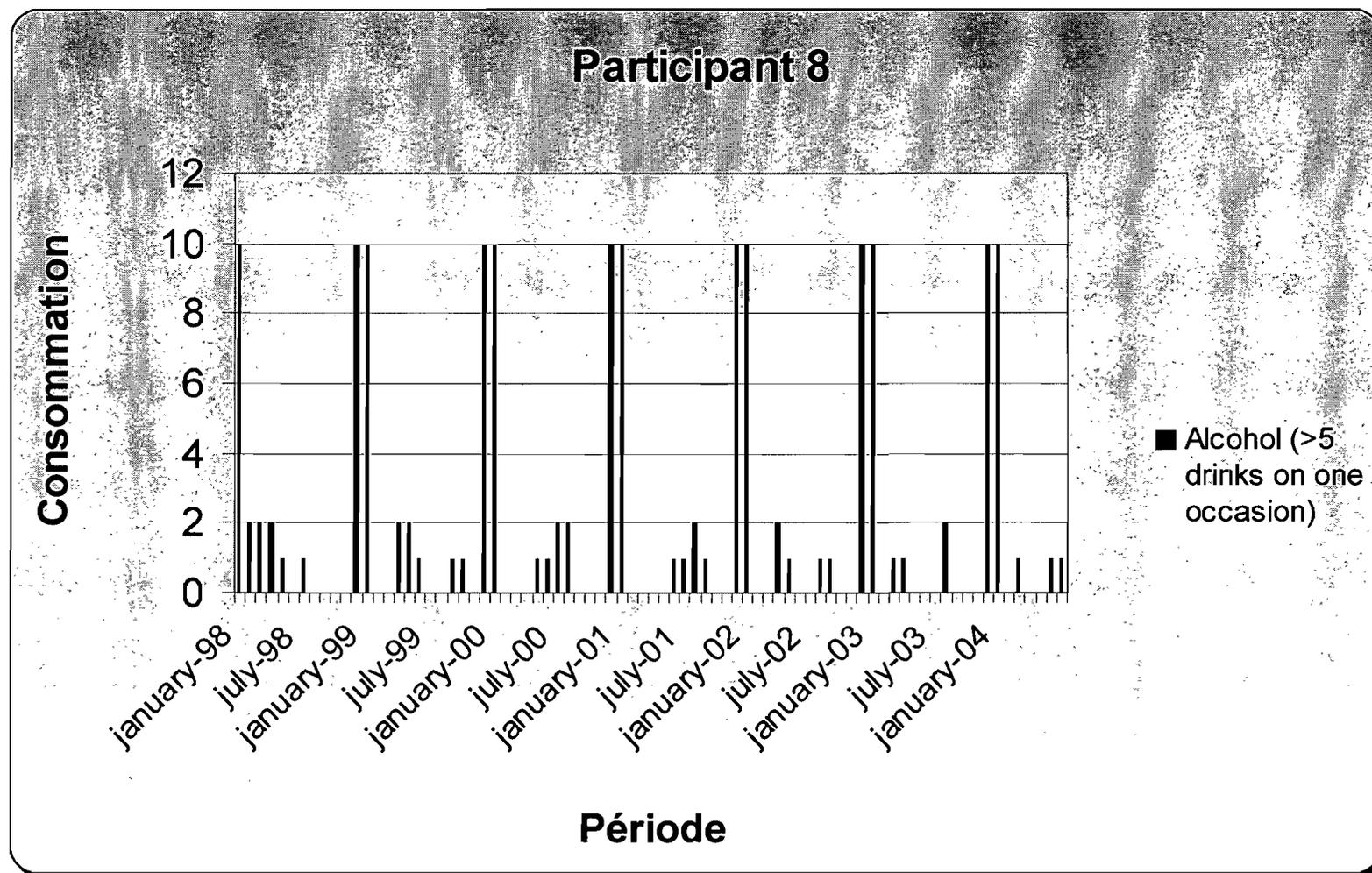




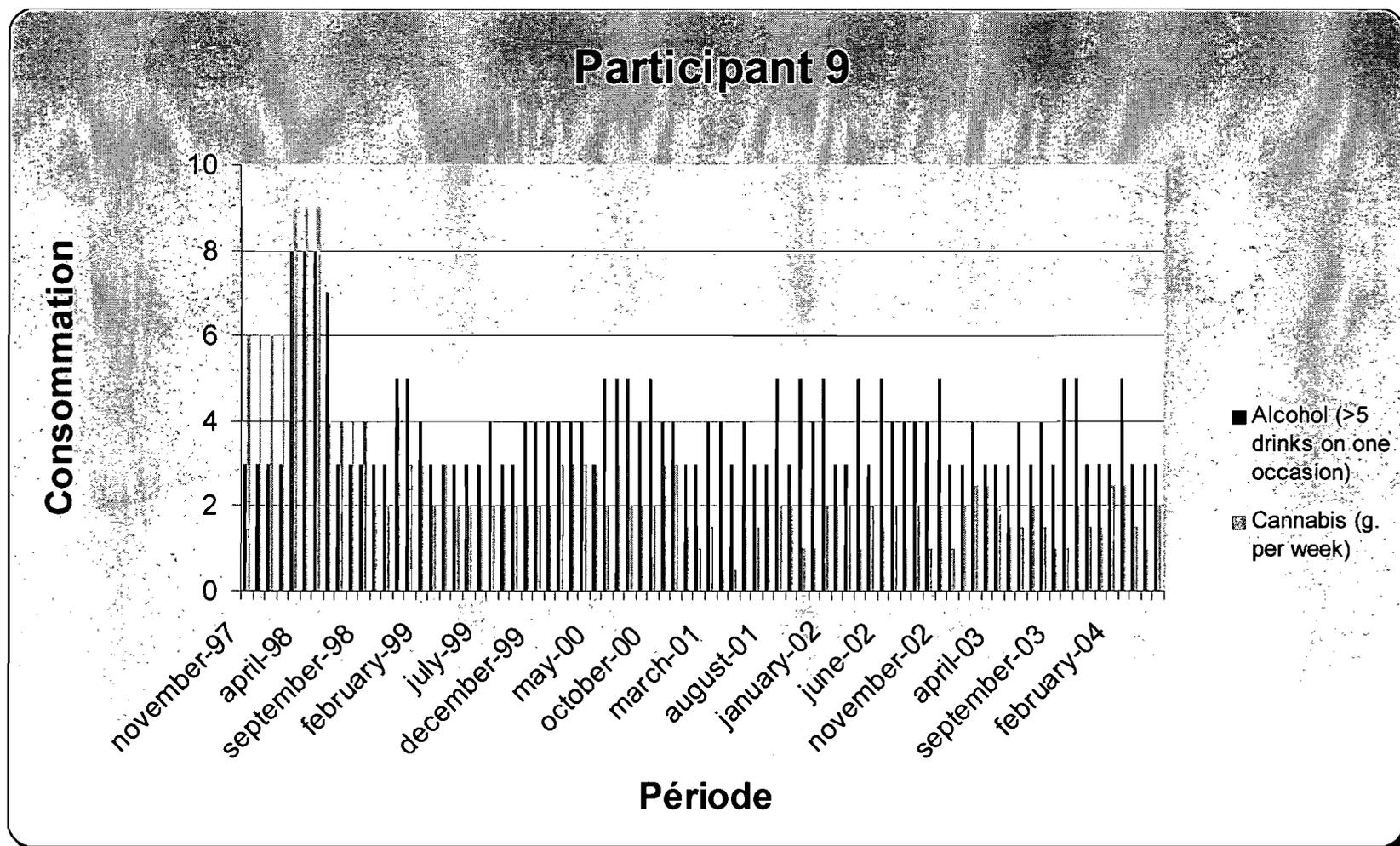
Accord inter-juges (p6) : Stable



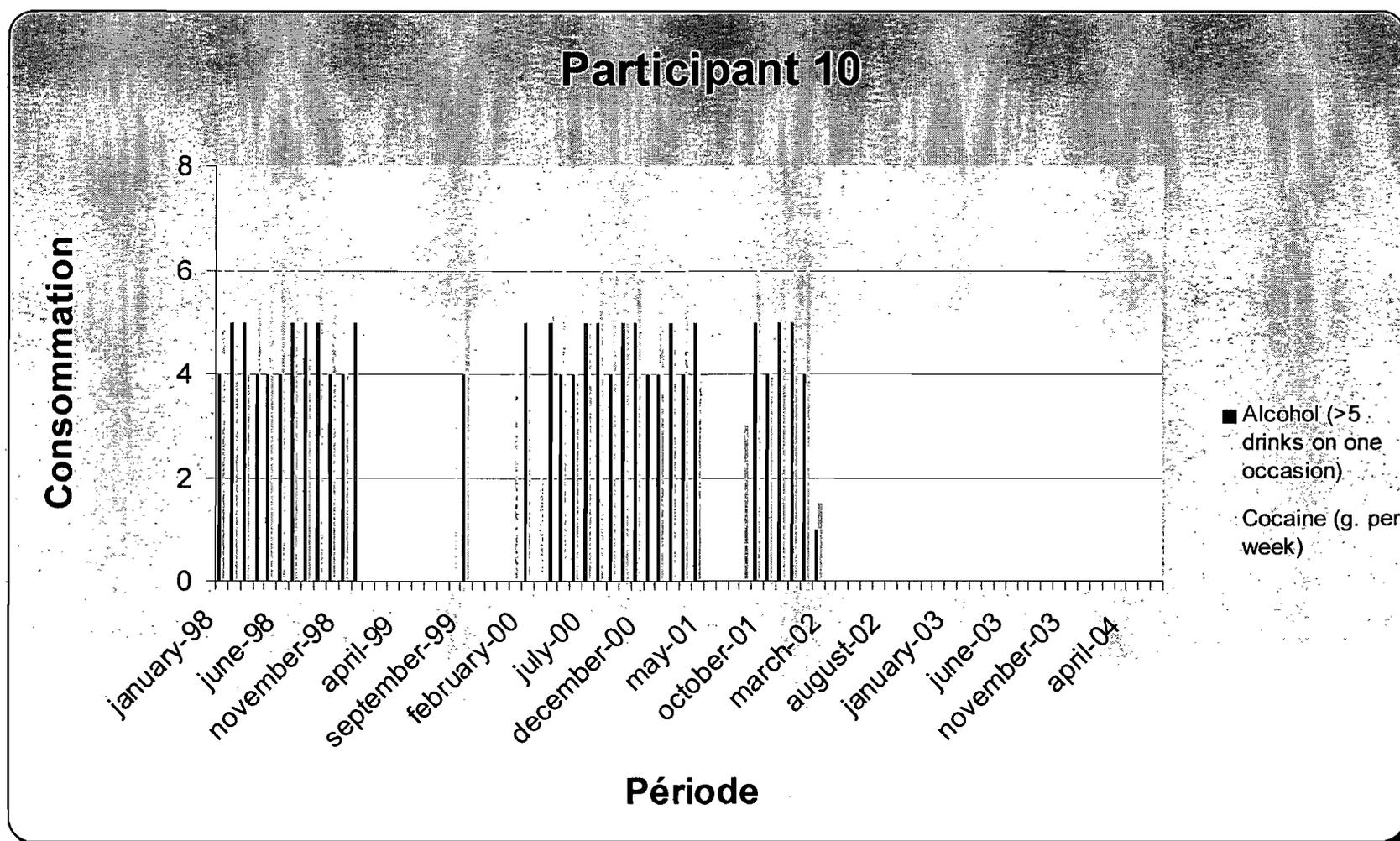
Accord inter-juges (p7) : Stable



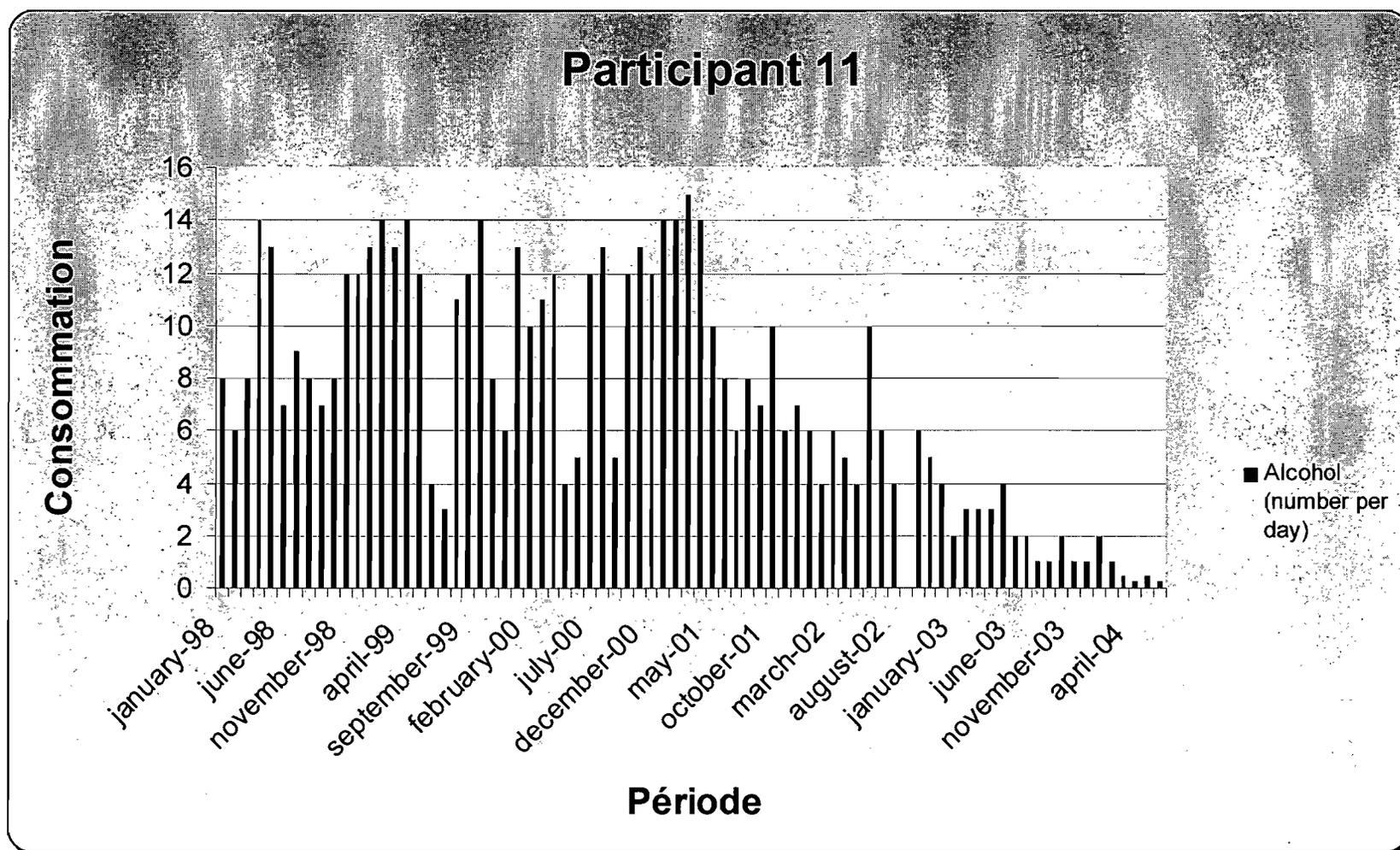
Accord inter-juges (p8) : Stable



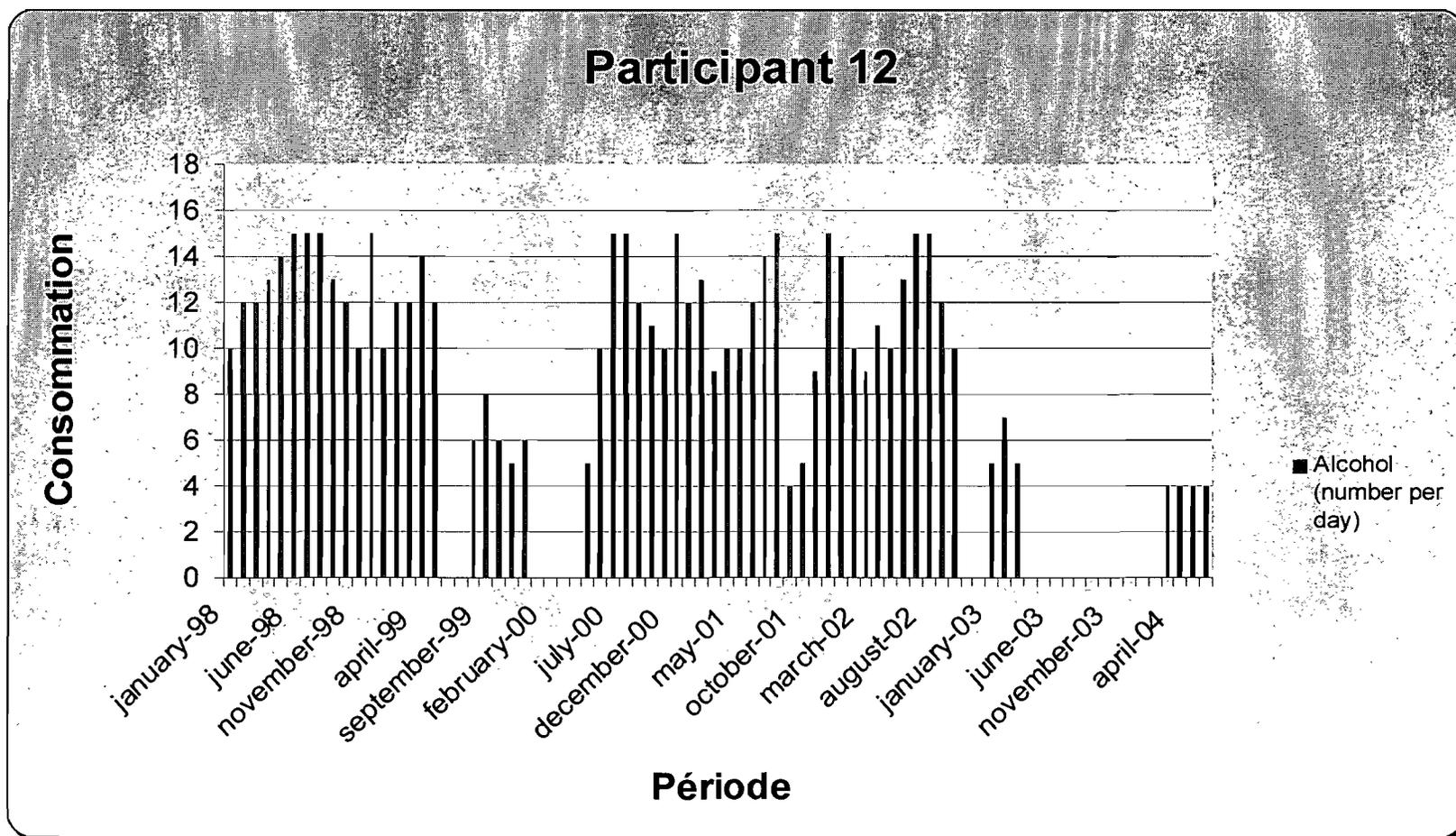
Accord inter-juges (p9) : Stable



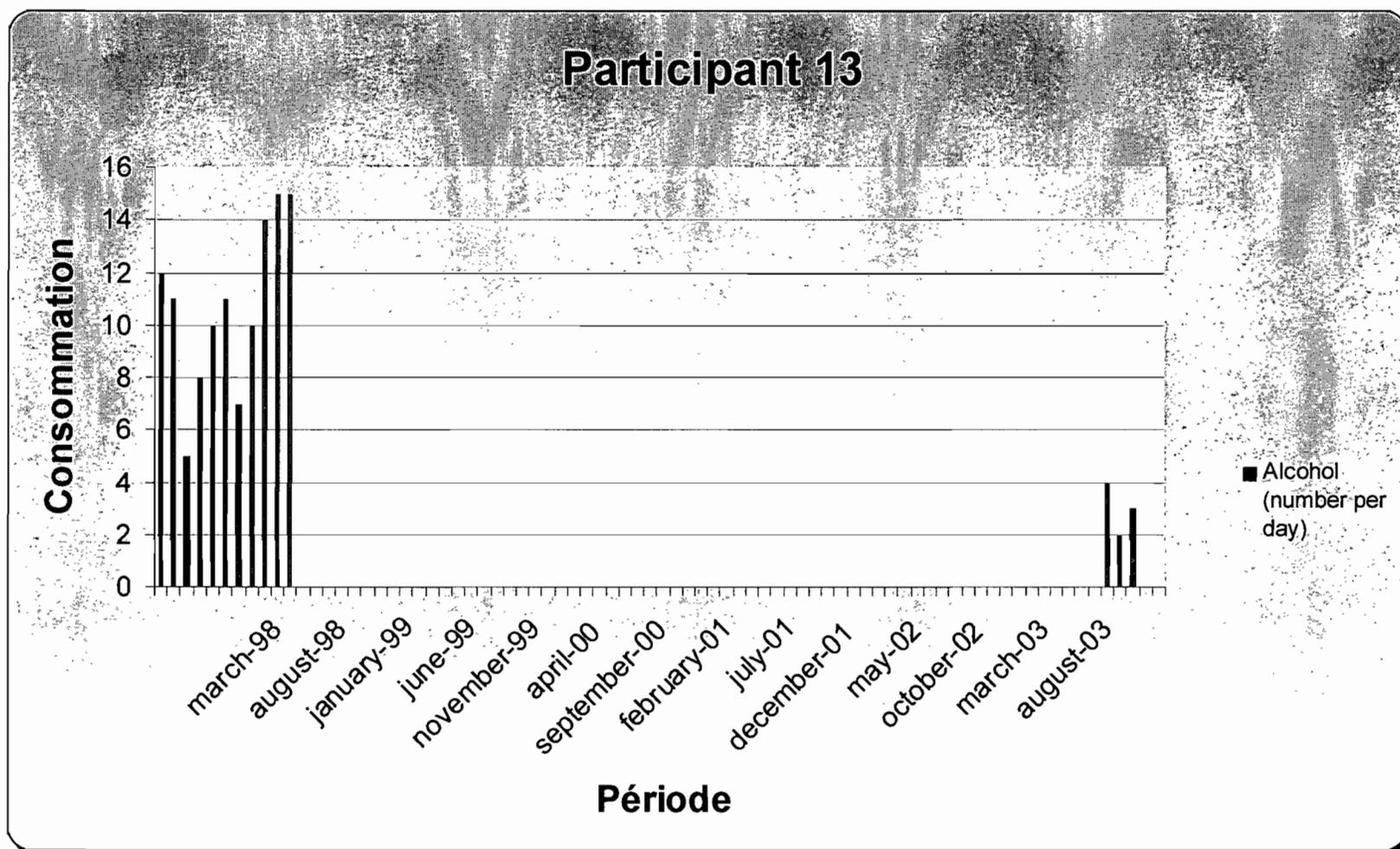
Accord inter-juges (p10) : Diminution



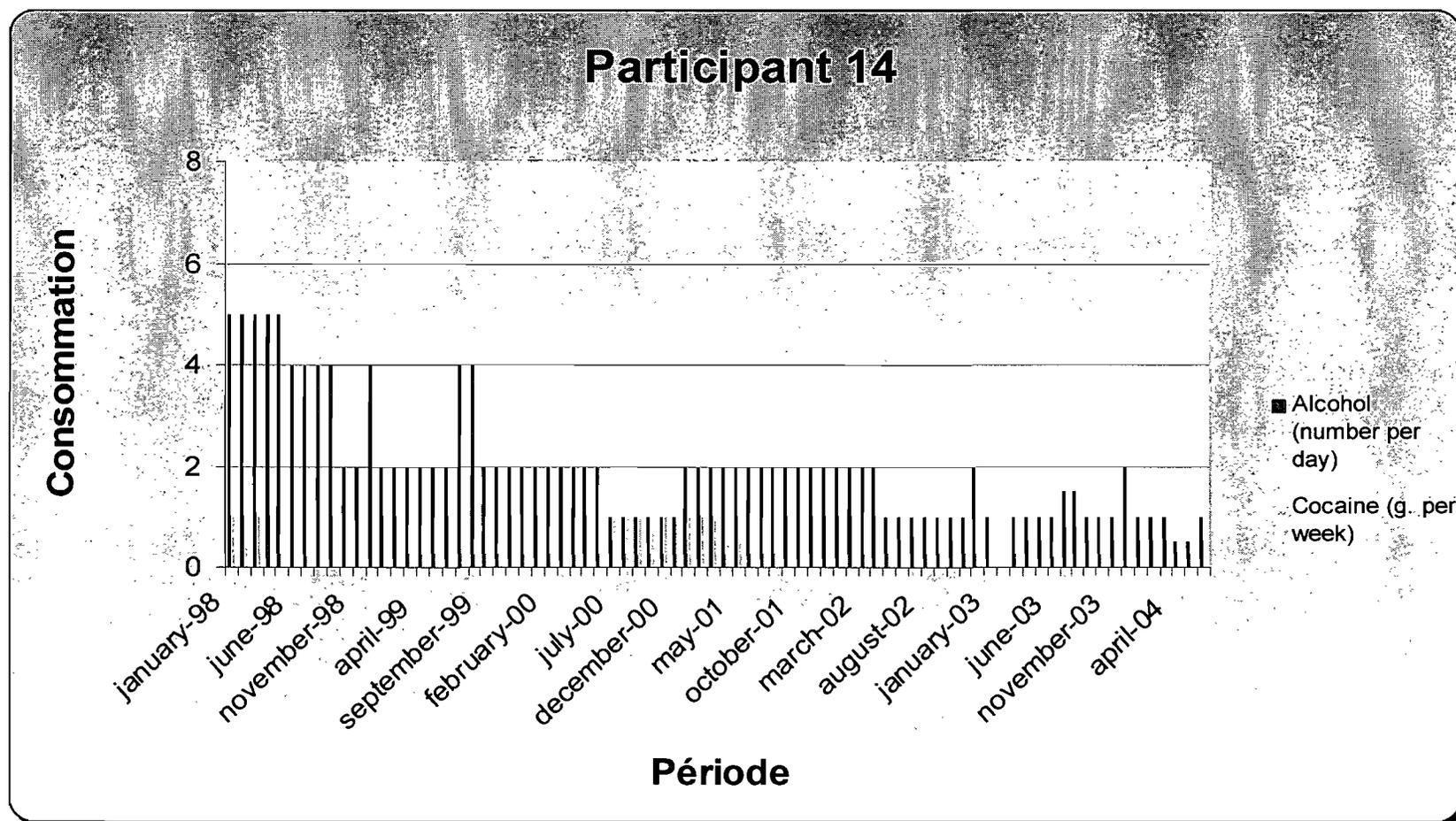
Accord inter-juges (p11): Diminution



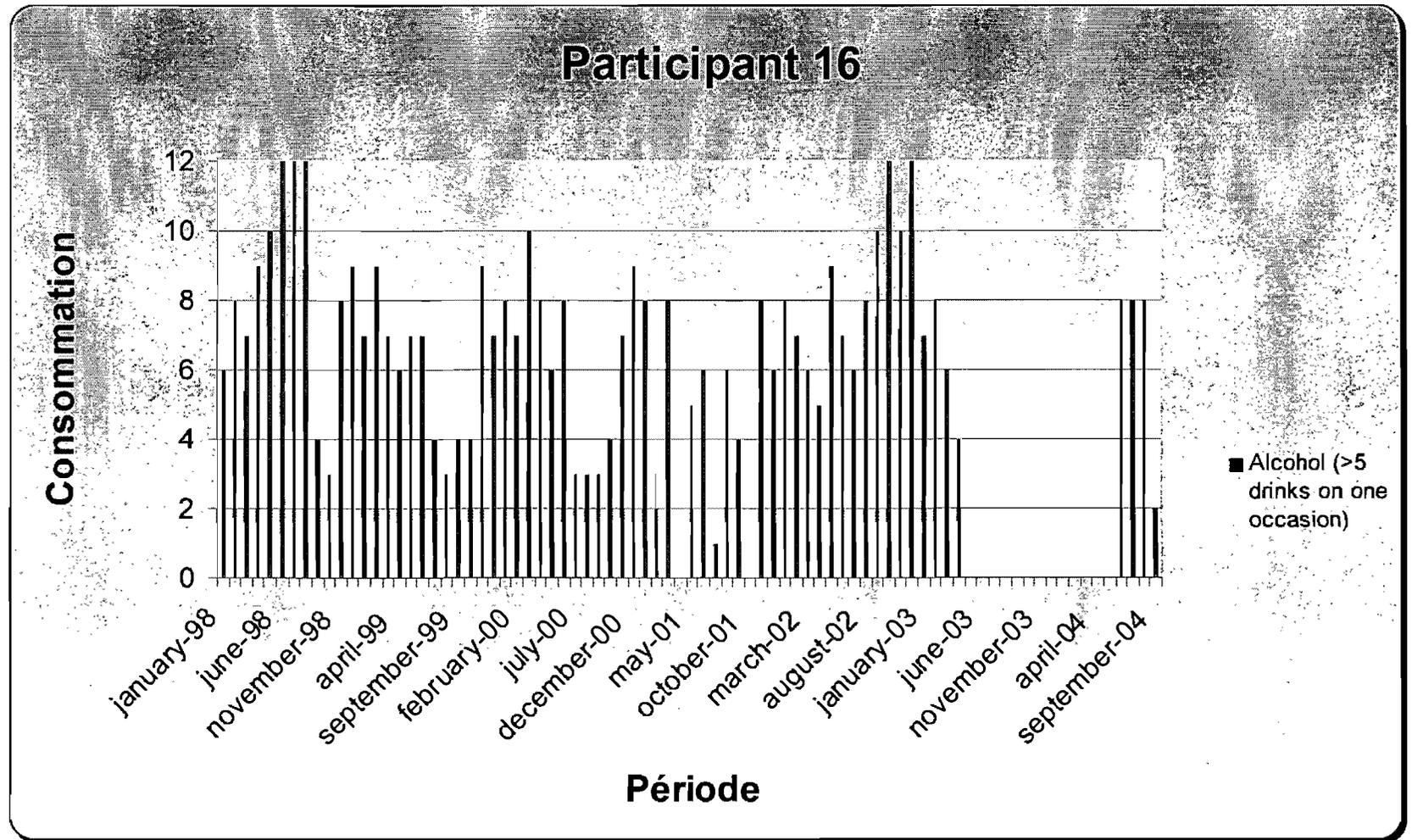
Accord inter-juges (p12): Diminution



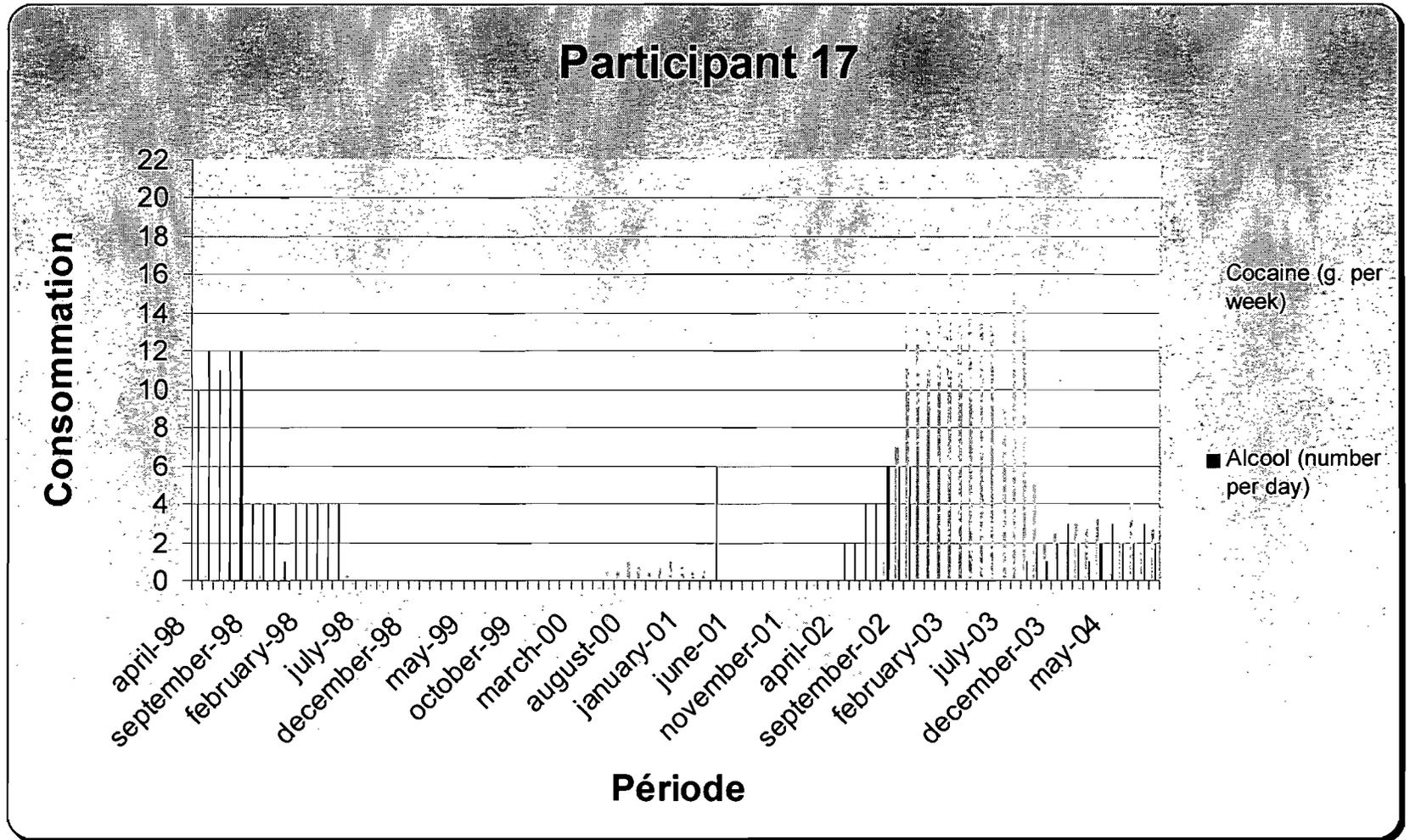
Accord inter-juges (p13): Diminution



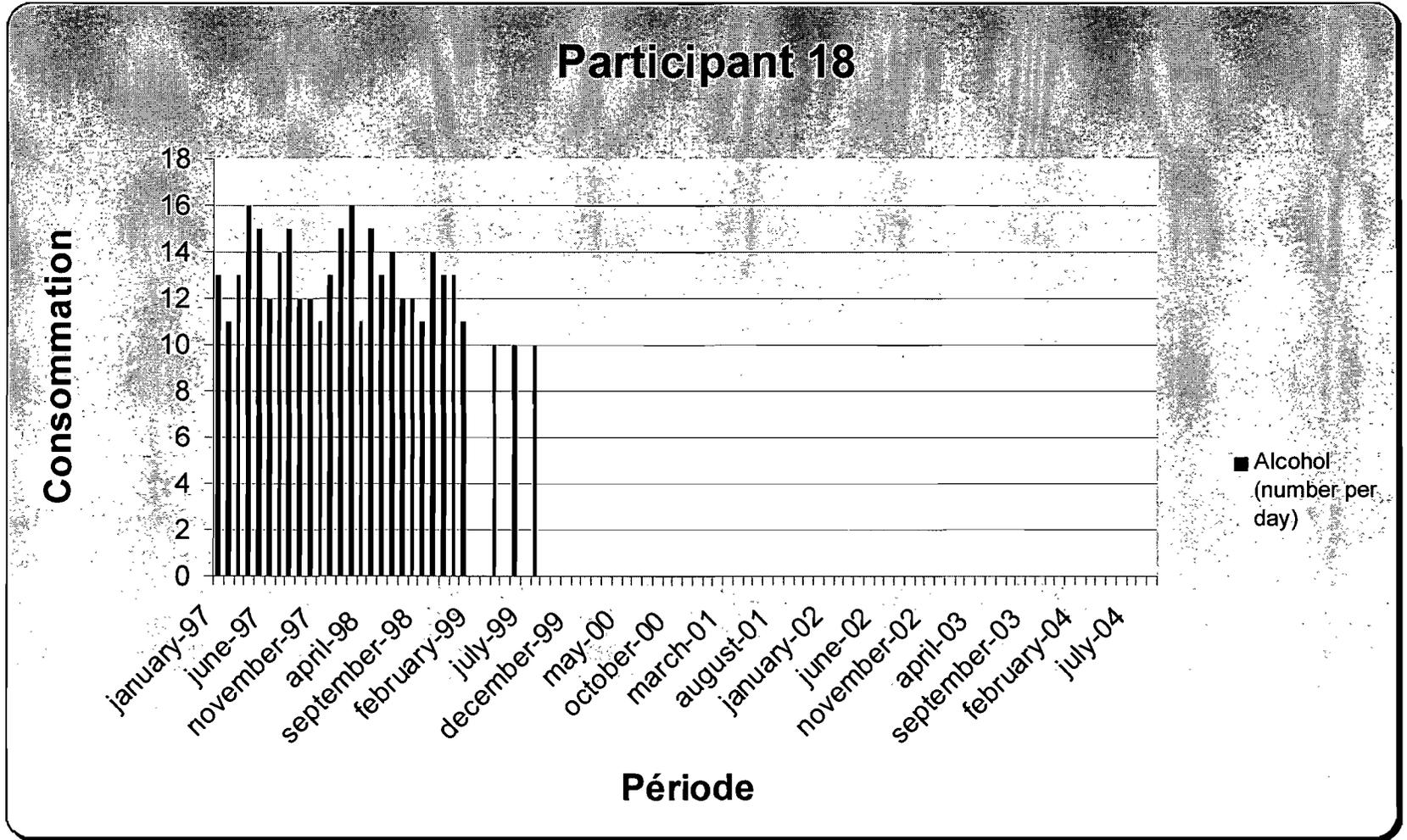
Accord inter-juges (p14) : Diminution



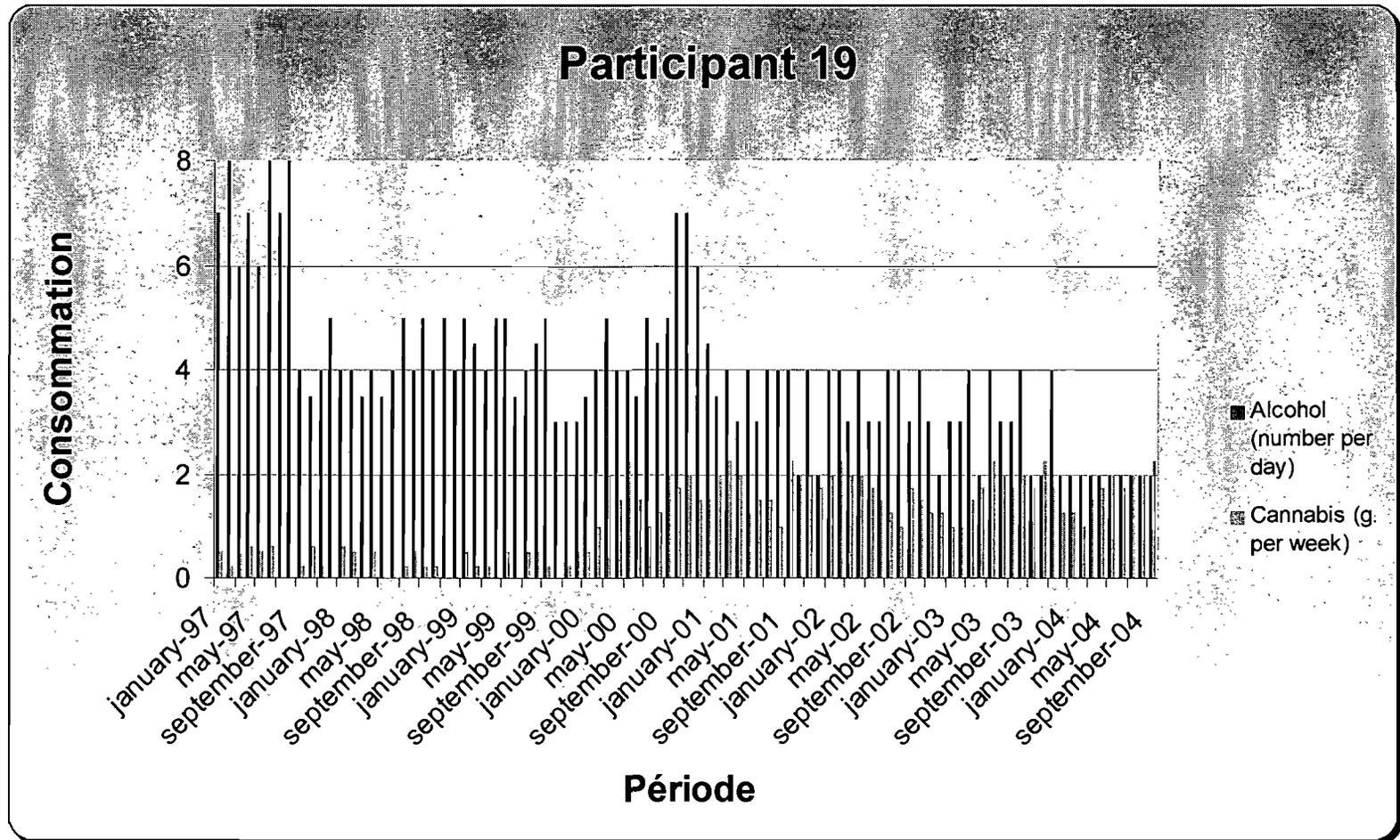
Accord inter-juges (p16) : Stable



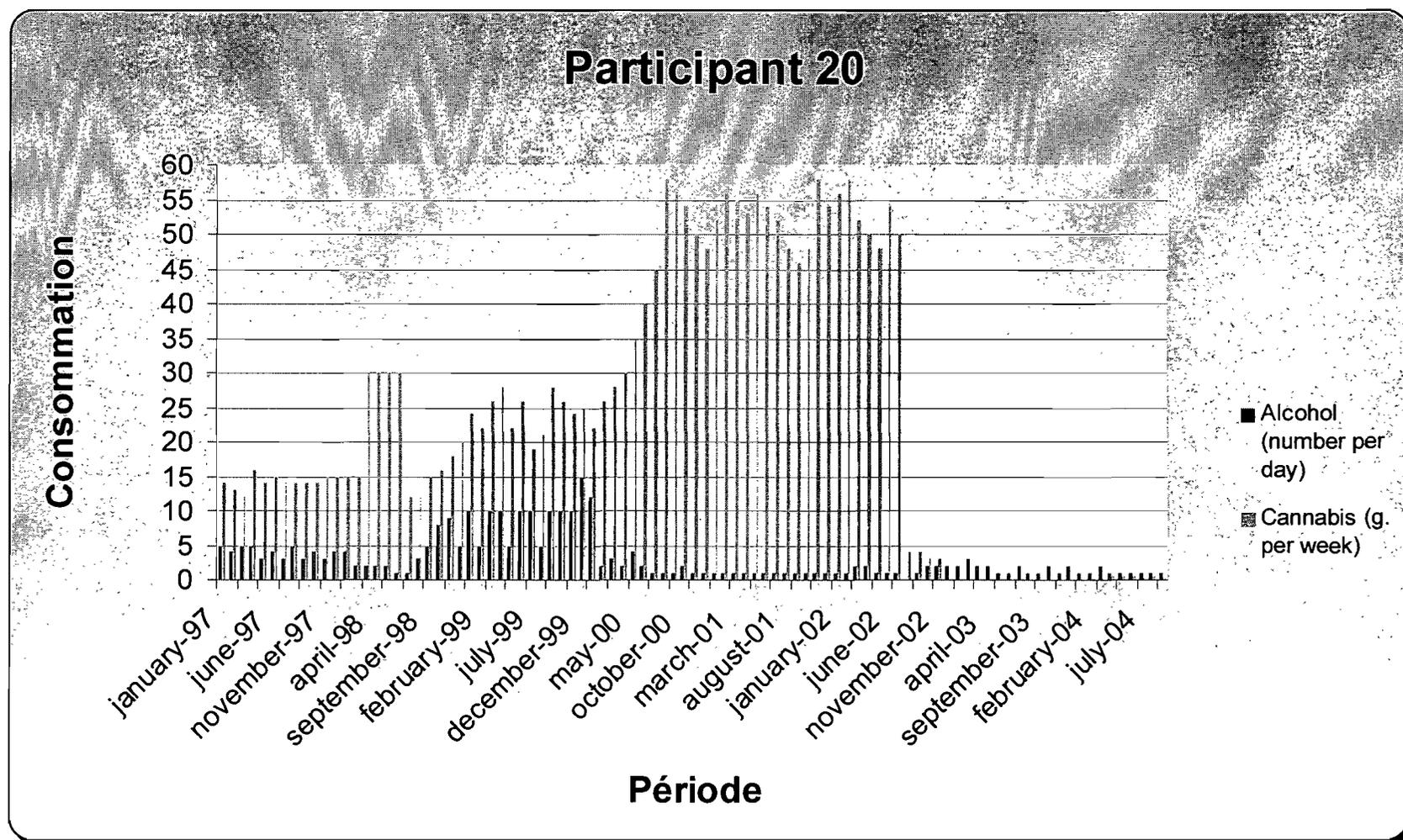
Accord inter-juges (p17) : Progression



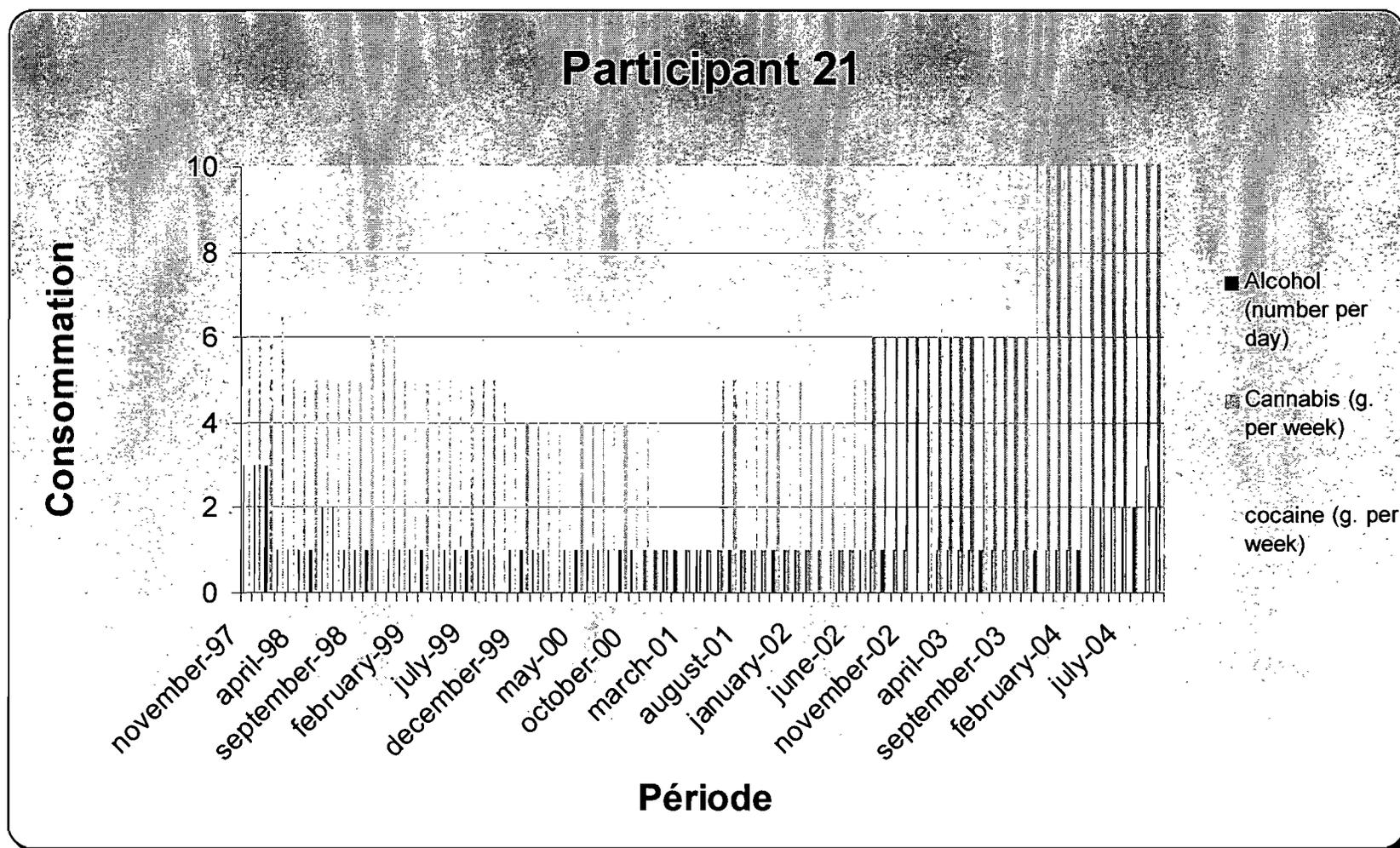
Accord inter-juges (p18) : Diminution



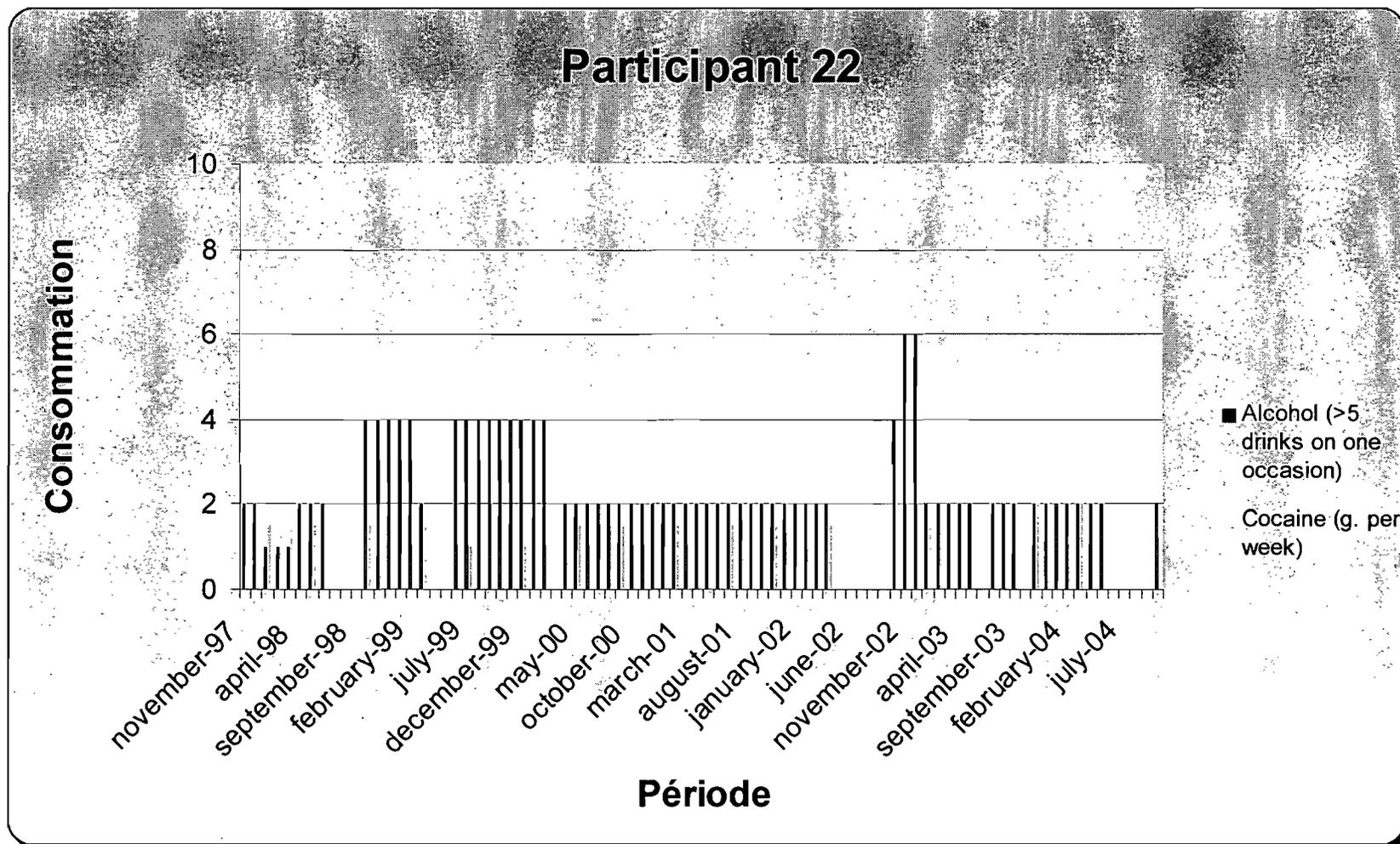
Accord inter-juges (p19) : Stable



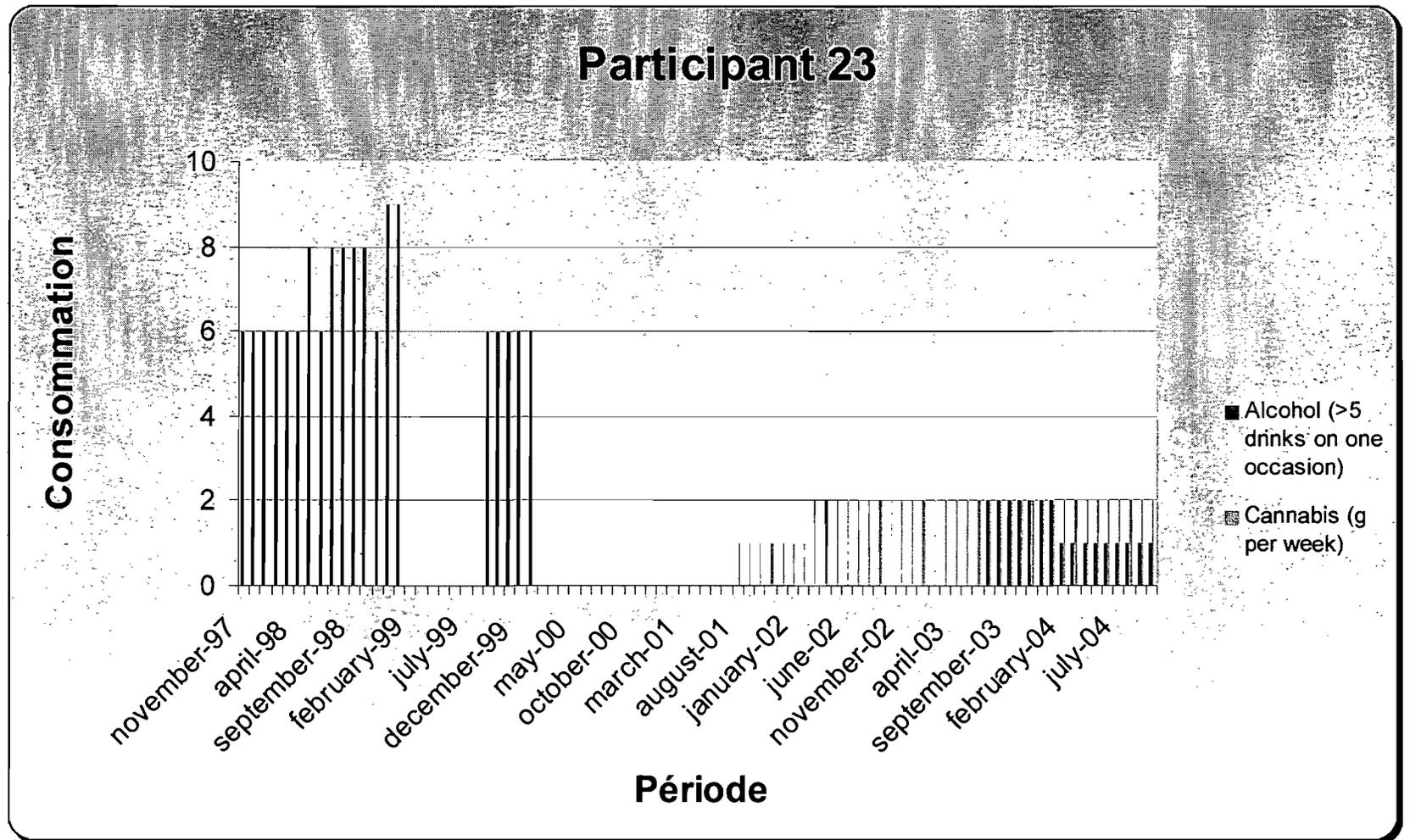
Accord inter-juges (p20) : Diminution



Accord inter-juges (p21) : Progression



Accord inter-juges (p22) : Stable



Accord inter-juges (p23) : Diminution

**ANNEXE IV Liste et description des codes qualitatifs  
utilisés**

## Codes libres

### 1 Barrière à la diminution

Le participant décrit des éléments ayant freiné ou empêché un processus de diminution de la consommation.

### 2 Médicaments

Le participant réfère à une prise de médicaments qui lui ont été prescrits (médecin ou psychiatre) en lien avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

### 3 Santé Mentale

Le participant rapporte des problèmes de santé mentale ou son diagnostic (que cela est rapport ou non avec sa consommation). Le matériel codé Santé Mentale n'a pas à provenir d'une nomenclature et doit inclure la compréhension subjective du participant vis-à-vis de ses problèmes de santé mentale.

### 4 Utilisation de service

Le participant rapporte l'utilisation d'un service en lien avec les SPA. On ne sait pas quelle est l'influence de ce service par rapport à sa consommation.

## Codes en arborescence

### 1 Élément de diminution

Élément décrit par le participant comme ayant favorisé une diminution de la consommation ou une abstinence de SPA.

#### (1 1) /Élément de diminution/Réseau familial

Le participant rapporte son réseau familial comme ayant favorisé sa diminution de consommation (inclus parents/frères/sœurs ET enfants).

#### (1 2) /Élément de diminution/Utilisation des services

Le participant rapporte l'utilisation de tout type de traitement, de thérapie ou de service d'aide (professionnel ou non professionnel) comme ayant favorisé une diminution de la consommation ou une abstinence.

#### (1 3) /Élément de diminution/Relation de couple

Le participant décrit une relation d'intimité ayant favorisé une diminution de sa consommation de SPA.

(1 4) /Élément de diminution/Situation financière

Le participant rapporte sa situation financière comme favorisant une diminution de sa consommation de SPA.

(1 5) /Élément de diminution/Réseau social

Le participant rapporte son réseau social comme ayant favorisé sa diminution de consommation.

(1 6) /Élément de diminution/Santé physique

Le participant réfère à sa santé physique comme ayant favorisé sa diminution de consommation de SPA.

(1 7) /Élément de diminution/Emploi

Le participant réfère à toute activité rémunérée comme ayant favorisé la diminution de consommation de SPA.

(1 8) /Élément de diminution/Activité occupationnelle

Le participant réfère à toute activité non rémunérée comme ayant favorisé une diminution de sa consommation de SPA.

(1 9) /Élément de diminution/Évènement de vie

Le participant réfère à un évènement PONCTUEL ayant favorisé une diminution de sa consommation de SPA. L'évènement ne doit pas référer à une autre catégorie d'éléments de diminution.

(1 10) /Élément de diminution/Stratégie personnelle

Le participant décrit une stratégie personnelle concrète favorisant une diminution de la consommation de SPA. La stratégie ne doit pas avoir été apprise lors d'un traitement sinon on code "utilisation de service". Elle peut référer à une limite que s'impose le participant.

(1 11) /Élément de diminution/Prise de décision

Le participant prend la décision consciente de diminuer ou d'arrêter sa consommation (sans faire référence à aucune stratégie ou aucun motif).

(1 12) /Élément de diminution/Hit rock bottom

Le participant décrit des pertes majeures des possessions matérielles ET une importante détresse psychologique expliquant une diminution de la consommation de SPA.

(1 13) /Élément de diminution/Processus mentaux

Le participant décrit des processus mentaux ou des prises de conscience qui ont fait diminuer sa consommation de SPA.

(1 14) /Élément de diminution/Maturation

Le participant fait référence à un processus de plusieurs années qui lui a permis de diminuer ou d'arrêter sa consommation.

(1 15) /Élément de diminution/Aucune explication

Le participant ne peut donner aucune explication a sa diminution ou son arrêt de consommation de SPA.

(1 16) /Élément de diminution/Disponibilité de la substance

Le participant rapporte que la substance n'étant pas disponible, cela a favorisé une diminution de sa consommation de SPA.

(1 17) /Élément de diminution/Médicaments

Le participant réfère à la prise de médicament comme ayant favorisé une diminution de la consommation.

(1 18) /Élément de diminution/Spiritualité

Le participant fait référence à une force supérieure, spirituelle ou religieuse qui aurait aidé à une diminution de la consommation de SPA.

(1 19) /Élément de diminution/Effets de la substance

Le participant rapporte les effets physiques ou psychologiques de la consommation comme ayant favorisé une diminution de la consommation de SPA.

(1 20) /Élément de diminution/Identité

Le participant réfère à des changements majeurs dans son statut personnel, social, économique, familial, etc... ayant entraîné une diminution de sa consommation de SPA.

(1 21) /Élément de diminution/Transfert de substance

(2) /Élément de progression

Élément décrit par le participant comme ayant favorisé une progression ou un maintien de la consommation de SPA.

(2 1) /Élément de progression/Réseau familial

Le participant rapporte son réseau familial comme ayant favorisé une progression de consommation ou une rechute (inclus parents/frères/sœurs ET enfants).

(2 2) /Élément de progression/Utilisation des services

Le participant rapporte l'utilisation de tout type de traitement, de thérapie ou de service d'aide (professionnel ou non professionnel) comme ayant favorisé une progression de la consommation de SPA.

(2 3) /Élément de progression/Relation de couple

Le participant décrit une relation d'intimité ayant favorisé une augmentation de consommation.

(2 4) /Élément de progression/Situation financière

Le participant rapporte sa situation financière comme favorisant une augmentation de sa consommation de SPA.

(2 5) /Élément de progression/Réseau social

Le participant rapporte son réseau social comme ayant favorisé une progression de consommation ou une rechute de SPA.

(2 6) /Élément de progression/Santé physique

Le participant réfère à une atteinte de sa santé physique comme ayant favorisé sa progression de consommation de SPA.

(2 7) /Élément de progression/Emploi

Le participant réfère à toute activité rémunérée comme ayant favorisé une progression de la consommation de SPA.

(2 8) /Élément de progression/Activité occupationnelle

Le participant réfère à toute activité non rémunéré provoquant une augmentation de la consommation de SPA.

(2 9) /Élément de progression/Évènement de vie

Le participant réfère à un évènement de vie ayant favorisé une augmentation de la consommation de SPA. L'évènement ne doit pas référer à une autre catégorie d'éléments de diminution.

(2 11) /Élément de progression/Effets de la substance

Le participant rapporte les effets physiques ou psychologiques de la consommation comme ayant favorisé une augmentation de la consommation de SPA.

(2 12) /Élément de progression/Disponibilité de la substance

Le participant rapporte la disponibilité de la substance comme ayant favorisé une progression de la consommation de SPA. Peut référer à la disponibilité des SPA en terme de quantité, qualité, prix, etc...

(2 13) /Élément de progression/Stratégie personnelle

Le participant décrit une stratégie personnelle concrète favorisant une augmentation de la consommation de SPA.

(2 14) /Élément de progression/Médicaments

Le participant réfère à la prise de médicament comme ayant favorisé sa progression de consommation.

(3) /Description de consommation

Description des variations de la consommation de SPA par le participant (initiation, progression, maintien, rémission/abstinence). Ne pas coder si un autre code indique déjà une augmentation ou une diminution de la consommation.

(3 1) /Description de consommation/Initiation

Description d'une initiation de consommation de SPA considéré comme problématique par le participant.

(3 2) /Description de consommation/Maintien

Description d'un maintien de la consommation de SPA (pas de changement dans la consommation).

(3 3) /Description de consommation/Progression

Description d'une progression de la consommation. Ne pas coder si autre code de progression est déjà présent.

(3 4) /Description de consommation/Diminution

Description d'une diminution de la consommation de SPA. Ne pas coder si autre code de diminution déjà présent.

(3 5) /Description de consommation/Abstinence

Description d'une abstinence de consommation de SPA.

(3 6) /Description de consommation/SPA

Description de la consommation de SPA du participant (en terme de quantité, qualité, contexte d'utilisation, etc.). Ne pas utilisé s'il n'y a pas de valeur ajoutée au fait que le participant consomme tel type de substance.

**ANNEXE V Formulaire de consentement**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Étude des processus de rémission de consommation pour la clientèle toxicomanie-santé mentale du Centre Dollard-Cormier

Nom des chercheurs/es

Didier Acier, Étudiant au Ph.D., Responsable du projet, Université de Montréal, 514-343-6111 p1986

Mme Louise Nadeau, Chercheure principal, Université de Montréal, 514-343-6989

M Michel Landry, Chercheur associé, Centre Dollard-Cormier, 514-385-3490 p1135

M Louis-Georges Cournoyer, Chercheur associé, Université du Québec Outaouais, 819-595-3900 p2328

Description du projet de recherche

Cette étude est le prolongement de la recherche sur l'évaluation des services de 1997-1998 du Centre Dollard-Cormier pour les clients inscrits dans le programme de toxicomanie-santé mentale. Le présent projet cherche à approfondir les informations recueillies dans cette première étude, particulièrement sur l'évolution de la consommation de substances et sur les moyens utilisés pour la diminuer.

Objectifs poursuivis

1. Décrire sommairement les différents aspects de la vie des clients au cours du dernier mois.

2. Décrire la trajectoire de consommation de substances des cinq à six dernières années (depuis l'admission au Centre Dollard-Cormier) et identifier les périodes de diminution de consommation.

3. Décrire et analyser les éléments qui retardent ou empêchent la diminution de consommation ainsi que les processus utilisés pour déclencher et maintenir les périodes de diminution de consommation.

### Procédures

Je comprends que ma participation comporte les engagements suivants :

1) Répondre à un questionnaire portant sur ma situation de vie des 30 derniers jours (consommation alcool/drogue, santé, famille, état psychologique, emploi, situation judiciaire) (environ 25 minutes).

2) Répondre à un questionnaire portant sur le profil de ma consommation de substances depuis mon admission au Centre Dollard-Cormier le (préciser la date exacte) \_\_\_\_\_ (environ 40 minutes).

3) Discuter avec un agent de recherche des raisons qui ont favorisé ou empêché ma diminution de consommation (environ 75 minutes). L'entrevue fait l'objet d'un enregistrement audio.

La durée totale de la participation sera d'environ trois heures et inclus une pause de 15 minutes.

### Avantages et bénéfices

Ma collaboration à ce projet favorisera la recherche sur les processus de changement et l'amélioration des services offerts par le Centre Dollard-Cormier. La participation au projet me donnera également l'occasion d'effectuer certaines prises de conscience quant à ma situation.

#### Inconvénients et risques

Je comprends que ma participation à ce projet peut comporter des inconvénients. Certaines questions pourraient me faire éprouver un malaise ou soulever des questions déplaisantes en relation avec ma situation de vie. L'agent de recherche pourra me référer à des ressources compétentes si j'en éprouve le besoin.

#### Confidentialité des données recueillies

Je comprends que les informations recueillies pour cette recherche demeureront strictement confidentielles. J'accepte que les membres de l'équipe de recherche aient accès à ces informations dans la mesure où les règles de confidentialité sont observées. Les données provenant des questionnaires seront informatisées. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces fichiers.

Je comprends que l'anonymat et la confidentialité sont garantis dans les limites des lois canadiennes et québécoises. Ce qui signifie que la Loi de la protection de la jeunesse, soit l'obligation de faire connaître tout fait ou toute situation compromettante pour un enfant, s'applique dans cette étude. De même, si un danger grave et imminent pour moi-même ou pour autrui advenait, l'équipe de recherche

devra en informer qui de droit. Les données recueillies seront détruites dans les cinq années suivant la fin de la recherche, c'est à dire avant l'an 2009.

#### Diffusion des résultats

Les résultats des questionnaires et de l'entrevue pourront être utilisés à des fins de publication. Toutes les précautions seront prises pour préserver l'anonymat des participants, soit par l'utilisation de codes ou de noms fictifs, le cas échéant.

#### Responsabilités des chercheurs

Chaque chercheur travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part et ce, dans les meilleurs délais possibles.

#### Responsabilités du sujet de recherche

Je m'engage à collaborer aux procédures reliées à l'étude. Je m'engage également à exprimer auprès des chercheurs toute crainte suscitée par ma participation.

#### Participation et retrait

Ma participation à ce projet demeure volontaire et je peux me retirer à tout moment de la recherche. La décision de me retirer du projet n'affectera d'aucune façon mon droit de recevoir des services de réadaptation. Les données qui auront été recueillies seront toutefois conservées pour fin d'analyse à moins que je ne signifie à l'équipe ma volonté qu'elles soient détruites.

J'autorise l'équipe de recherche à consulter mon dossier d'usager au Centre Dollard-Cormier pour connaître mes réponses aux questionnaires de la première recherche de 1997-1999, de même que le nombre et la durée de toute les activités auxquelles j'ai participé au cours de ma démarche de réadaptation.

#### Compensation

Suite à cette rencontre, je recevrai une somme de 30 dollars pour compenser des frais éventuels.

#### Commanditaire du projet

Il s'agit du Fond québécois de la recherche sur la société et le culture (FQRSC), anciennement Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).

#### Conflits d'intérêts

Ce projet ne présente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs, du commanditaire ou de toute personne impliquée dans l'étude.

#### Personne ressource reliées au projet

Pour toute question concernant ma participation à ce projet, je puis m'adresser à Mme Louise Nadeau, professeure à l'Université de Montréal au 514-343-6989.

#### Personne ressource indépendantes

Pour porter plainte ou discuter de ma participation avec une personne qui n'est pas impliquée directement dans le projet, je puis m'adresser à Mme Marie Lecavalier,

Conseillère à la direction des services au Centre Dollard-Cormier, au numéro de téléphone suivant : 514-385-3490 poste 1138.

### Éthique et déontologie

Le programme de recherche a été évalué et a obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal et du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT).

### Formule d'engagement

Je certifie : (a) avoir lu et avoir reçu les explications, dans un langage clair, des termes du présent formulaire;

(b) avoir reçu les réponses à toutes les questions qui j'ai pu poser;

(c) que l'agent de recherche m'a clairement indiqué que je demeure libre, à tout moment, de mettre un terme à ma participation au projet;

(d) que l'on m'a remis une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Signature de l'utilisateur (avec code) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur ou de l'agent de recherche : \_\_\_\_\_

La durée de participation est d'une seule rencontre. Il est cependant possible que je sois re-contacté dans les deux années suivants l'entrevue afin de préciser et

d'approfondir des informations recueillies durant cette rencontre. Il s'agira d'un contact par téléphone, puis en personne, effectué par le même agent de recherche ayant réalisé l'entrevue. Je serai libre de participer ou de refuser à cette deuxième étape si je le désire.

Signature de l'utilisateur (avec code) : \_\_\_\_\_

Advenant que la recherche pour les clients inscrits dans le programme de toxicomanie-santé mentale du Centre Dollard-Cormier comporte une troisième partie, j'accepte que je sois re-contacté dans les cinq prochaines années. Il s'agira d'un contact par téléphone ou par lettre. Je serais libre de participer ou de refuser cette étape si je le désire.

Signature de l'utilisateur (avec code) : \_\_\_\_\_

**ANNEXE VI L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie, version  
abrégée**

RISQ RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES

PSYCHOACTIVES - QUÉBEC

950, rue de Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514 385-3490 poste 1133 Télécopie : 514 385-4685

Courriel : [risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca](mailto:risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca)

<http://www.risq-cirasst.umontreal.ca>

---

# ***Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) abrégé***

## **RÉMISSION DE CONSOMMATION**

**5<sup>ème</sup> version**

L'indice de gravité d'une toxicomanie est l'adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980).

Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. (1998)).

Le «**manuel d'utilisation**» est essentiel pour l'usage de ce questionnaire et une formation est requise pour la passation de ce questionnaire.

AVRIL 2001

<b>Date de Pentrevue</b>	<input type="text"/>						
	Année	Mois	Jour	<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Heure début</b>	<input type="text"/>						
<b>Heure fin</b>	<input type="text"/>						
				<b>Numéro de dossier</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>Numéro de code de</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>l'interviewer</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>Code postal</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>Âge</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>Sexe</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				1- Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				2- Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Code contact</b>	<input type="text"/>						
1- En personne	<input type="checkbox"/>						
2- Téléphone	<input type="checkbox"/>						
				<b>Ethnie</b>	<input type="text"/>		

**1. Au cours des 30 derniers jours,**

**avez-vous été en institution?**

1- Oui

2- Non

**Délai-attente dossier :**

**Si oui, laquelle?**

N/A (si non à la question précédente)

- autres :

1- Prison, maison de transition

2- Traitement alcool ou drogues (ex. : Centre de réadaptation ou désintoxication)

3- Traitement médical (ex. : hôpital)

**Non admissible :**

4- Traitement psychiatrique (ex. : centre de crise)

5- Ressources d'hébergement (ex. : pour femmes

Référé à :

victimes de violence, pour jeunes ou sans-abri,

résidences d'accueil)

6- Autres : (spécifiez)

**Autres :**

**Fermeture de dossier :**

**2. Combien de jours**

N/A (si non à la question 1)

Date :

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Année

Mois

Jour

**À noter :**

1- Risque de suicide

2- Risque de violence

3- Autres (précisez)

PROFIL DE GRAVITÉ						SYNTHÈSE DE L'INTERVENANT	
<b>A. Estimation de la gravité du problème de l'usager</b>							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
<b>Problèmes</b>	Alcool	Drogues	Santé phy.	Fam./Interp.	Psych.	Emploi/Ress.	Judiciaire
<b>CONSIGNES</b>						<b>ATTENTES DE L'USAGER</b>	
<p>A. Les codes «9» (ou «99», «999», «9999») sont utilisés pour «NSP = ne sait pas» ou «refus = refus de répondre».</p>							
<p>B. Le N/A signifie «ne s'applique pas».</p>							
<p>C. Items objectifs critiques (☞).</p>							
<p>D. Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indication «allez à»). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possible.</p>							
<p>E. Les espaces grisés se remplissent à partir des informations de l'IGT précédent. Ces informations doivent être vérifiées et ajustées si nécessaire.</p>							
						<p>_____ Signature de l'intervenant</p>	

**ALCOOL / DROGUES**

A) Quelle est la date de votre dernière consommation (pour chacun des produits et la quantité consommée)?

B) Quelle a été votre consommation habituelle au cours des trois derniers mois (produits et quantité)?

UTILISEZ LA GRILLE SUIVANTE POUR RÉPONDRE À CES QUESTIONS

	30 derniers		Âge 1 <sup>ère</sup>		Âge consom-		Année	
	jours		consommation		mation régulière		d'utilisat	
1. Alcool (toute utilisation)								
2. Alcool (jusqu'à intoxication)								
3. Héroïne								
4. Méthadone								
5. Autres opiacés/analgésiques								
6. Barbituriques								
7a) Autres séd./hypn./tranquillisants								
7b) Antipsychotiques/antidépresseurs/lithium								
8. Cocaïne								
9. Amphétamines								
10. Cannabis								
11. Hallucinogènes								
12. Inhalants								

**CRITÈRES D'UTILISATION**

Utilisation régulière =	Alcool « jusqu'à intoxication » =	Mode d'administration =	Consigne =
3 fois/semaine (ou session intensive de deux jours/ semaine) pendant au moins un mois	3 consommations ou plus d'alcool en une seule séance	1-Oral 2-Nasal (sniffé) 3-Fumé 4-Injecté (non-intraveineux – non IV) 5-Injecté (IV) 6-Autres (spécifiez) _____ _____	Utilisez N/A pour concernant l'âge d'administration  99-NSP ou refus

30 derniers jours à 00- Encore abstinent

**13. Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool)** 98- 98 mois et plus

99= NSP ou refus

N/A jamais été abstinent ou si 00 à la question 14

**14. Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur?**

**17. Combien de fois avez-vous eu :**

- le delirium tremens (alcool)?
- une surdose (drogues)?

00- Pas de problème

15- Alcool et drogues (double toxicomanie)

16- Polydrogues

En cas d'incertitude, demandez au répondant

**18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité :**

- pour l'abus d'alcool uniquement?
- pour l'abus de drogues uniquement?
- pour l'abus d'alcool et de drogues?

Si code 15 ou 16, encercler le numéro des produits :

3	4	5	6	7a	7b	8	9	10	11	12
---	---	---	---	----	----	---	---	----	----	----

10. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :

9998 = 9998\$ et plus

9999 = NSP ou refus

**15. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette ou ces substance(s)? (en mois)**

00- Jamais abstinent

01- Au moins un mois

98- 98 mois et plus

99- NSP ou refus

N/A si 00 à la question 14

**16. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé?**

**22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :**

- des problèmes d'alcool?
- des problèmes de drogues?

QUESTIONS 23 ET 24: DEMANDEZ À  
L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE  
D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

● ces problèmes d'alcool?

● ces problèmes de drogues?

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :

● ces problèmes d'alcool?

● ces problèmes de drogues?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

25a. Quelle est votre estimation de la gravité

du problème de l'usager :

● pour abus d'alcool?

● pour abus de drogues?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensible-ment faussés :

26. parce que l'usager dissimule la vérité?

1- Oui    2- Non

27. parce qu'il ne comprend les questions?

1- Oui    2- Non

COMMENTAIRES :

## ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

### D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION

- ☞ 1. Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé (24 heures et plus) pour des problèmes de santé physique? (y compris surdoses et *delirium tremens*, excluant désintoxication)
- 00- Aucune hospitalisation  
98- 98 hospitalisations et plus  
99- NSP ou refus
9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique?
10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique?

- ☞ 3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie?
- 1- Oui    2- Non

### ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

- 11a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?

8. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique?

### ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

12. parce que l'usager dissimule la vérité?  
1- Oui    2- Non
13. parce qu'il ne comprend les questions?  
1- Oui    2- Non

**RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES**
**1. Êtes-vous présentement :**

- 1- Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)?
- 2- Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)?
- 3- Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- 4- Veuf(veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- 5- Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre?
- 6- Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)?

**2a. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre**

**situation présente?** (depuis l'âge de 18 ans, si code question 1)

--	--	--	--	--	--

années                      mois

**2b. Êtes-vous satisfait(e) de cette situation?**

- 1- Oui      2- Non      3- Indifférent(e)

**3. Actuellement, êtes-vous :**

- 1- Propriétaire de votre résidence?
- 2- Locataire?
- 3- Chambreux?
- 4- Chez des parents?
- 5- En milieu institutionnel?
- 6- Sans-abri?
- 7- Autres (spécifiez)

**4. Conditions de vie habituelles :**

Actuellement      3 dernières années

--	--	--	--	--	--

- 01- Avec le(la) conjoint(e) et les enfants
- 02- Avec le(la) conjoint(e) seulement
- 03- Avec les enfants seulement
- 04- Avec les parents
- 05- Avec la famille
- 06- Avec des amis
- 07- Seul(e) ou en chambre
- 08- En milieu institutionnel
- 09- Avec un(des) colocataire(s)
- 10- Sans-abri
- 11- Pas de conditions de vie stables (s'applique seulement aux 3 dernières années)

**5a. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles?** (depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

--	--	--	--	--	--

années                      mois

**5b. Êtes-vous satisfait(e) de ces conditions de**

**vie?**

- 1- Oui      2- Non      3- Indifférent(e)

**7a. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres?**

- 1- La famille      2- Les amis      3- Seul(e)

**7b. Êtes-vous satisfait(e) de cette façon de passer**

**vos temps libres?**

- 1- Oui      2- Non      3- Indifférent(e)

Personnes		Mère bio.	Mère adopt.	Père bio.	Père adopt.	Frères Nbre :	Sœurs Nbre :	Conjoint	Enfants ° Nbre :	Autres parents imp.	Amis
9. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...	30 derniers jours										
	à vie										

1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus	N/A – ne s'applique pas car l'utilisateur n'a aucune personne du type mentionné (exemple : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée.	° Demandez l'âge de ou des enfants( inscrivez ici : _____ _____
----------------------------------	---	---

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave :

- 18.
- a) avec votre famille?
- b) avec d'autres personnes?  
(à l'exception de la famille)

**ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)**

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur :

**ÉVALUATION DE CONFIANCE**

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensible-ment faussés :

23. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

1- Oui    2- Non

24. parce qu'il ne comprend les questions?

1- Oui    2- Non

**QUESTIONS 18 ET 20; DEMANDEZ À**

**L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE**

**D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)**

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

18. vos problèmes familiaux?

Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :

20. vos problèmes familiaux?

**COMMENTAIRES :**

## ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

<p><b>1. Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● dans un hôpital?</li>    <li>● en clinique externe ou en pratique privée?</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Avez-vous connu une période prolongée, <u>NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL</u>, au cours de laquelle vous avez :</b></p> <p><b>2. eu une dépression grave (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes)?</b></p>	<p><b>durée a été brève)?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">30 derniers jours</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">dans votre vie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1- Oui</td> <td style="text-align: center;">2- Non</td> </tr> </table> <p><b>5. éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">30 derniers jours</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">dans votre vie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">pendant au moins 2 semaines</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1- Oui</td> <td style="text-align: center;">2- Non</td> </tr> </table> <p><b>Avez-vous connu une période <u>RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES</u>, au cours de laquelle vous avez :</b></p> <p><b>6. éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">30 derniers jours</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">dans votre vie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1- Oui</td> <td style="text-align: center;">2- Non</td> </tr> </table>	30 derniers jours	dans votre vie	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1- Oui	2- Non	30 derniers jours	dans votre vie	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	pendant au moins 2 semaines		1- Oui	2- Non	30 derniers jours	dans votre vie	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1- Oui	2- Non
30 derniers jours	dans votre vie																				
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
1- Oui	2- Non																				
30 derniers jours	dans votre vie																				
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
pendant au moins 2 semaines																					
1- Oui	2- Non																				
30 derniers jours	dans votre vie																				
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
1- Oui	2- Non																				
<p><b>3. souffert d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable)?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">30 derniers jours</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">dans votre vie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">pendant au moins 2 semaines</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1- Oui</td> <td style="text-align: center;">2- Non</td> </tr> </table>	30 derniers jours	dans votre vie	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	pendant au moins 2 semaines		1- Oui	2- Non	<p><b>7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">30 derniers jours</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">dans votre vie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1- Oui</td> <td style="text-align: center;">2- Non</td> </tr> </table>	30 derniers jours	dans votre vie	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1- Oui	2- Non						
30 derniers jours	dans votre vie																				
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
pendant au moins 2 semaines																					
1- Oui	2- Non																				
30 derniers jours	dans votre vie																				
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
1- Oui	2- Non																				

8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

9. tenté de vous suicider?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

10. eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?

30 derniers jours dans votre vie

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes psycho-logiques ou émotionnels?

**ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 à 9)**

20a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?

**ÉVALUATION DE CONFIANCE**

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensible-ment faussés :

21. parce que l'usager dissimule la vérité?

1- Oui 2- Non

22. parce qu'il ne comprend les questions?

1- Oui 2- Non

**QUESTIONS 12 ET 13: DEMANDEZ À**

**L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE**

**D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)**

12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

**COMMENTAIRES :**



## EMPLOI / RESSOURCES

**1. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété (notez le code correspondant à la scolarité complétée)?**

00- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle  
 01- Première année  
 02- Deuxième année  
 03- Troisième année  
 04- Quatrième année  
 05- Cinquième année  
 06- Sixième année  
 07- Septième année  
 08- Huitième année ou secondaire I  
 09- Neuvième année ou secondaire II  
 10- Dixième année ou secondaire III  
 11- Onzième année ou secondaire IV  
 12- Douzième année ou secondaire V  
 13- Études **partielles** dans un Cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale  
 14- **Diplôme ou certificat d'études** d'un Cégep, d'une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale  
 15- Études **partielles** à l'université, **Certificat(s) universitaire(s)**  
 16- Baccalauréat, Maîtrise ou Doctorat **acquis**

**2. Autre formation (perfectionnement / en cours d'emploi / chômage)?**

98- 98 mois et plus  
 99- NSP ou refus

**3. Avez-vous une profession ou un métier?**

1- Oui (Spécifiez) \_\_\_\_\_  
 2- Non

**4. Avez-vous un permis de conduire valide?**

1- Oui  
 2- Non, permis non renouvelé  
 3- Non, permis suspendu  
 4- Non, n'en a jamais eu

**5. Pouvez-vous disposer d'un véhicule automobile?**

1- Oui 2- Non  
 (Codez 2, si pas de permis valide)

**6. Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier?**

\_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois

**7. Occupation habituelle (ou dernière occupation)?**

Spécifiez : \_\_\_\_\_

**10a. Type d'activité habituelle au cours des trois dernières années :**

1- travail à plein temps (35 heures/semaine)  
 2- travail à temps partiel (heures régulières)  
 3- travail à temps partiel (heures irrégulières ou travail à la journée)  
 4- travail saisonnier (combinaison travail chômage)  
 5- études  
 6- retraite  
 7- invalidité  
 8- chômage  
 9- séjour en milieu institutionnel  
 10- aide sociale (B.E.S.)  
 11- au foyer  
 12- autres (incluant activités illégales)  
 13- conditions instables (plusieurs situations de durées variables)

**11. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris un travail au noir)?**

Au COURS DES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU DES SOURCES SUIVANTES :

9998 = 9998\$ et plus 9999 = NSP ou refus

**12. emploi (revenu net)?**

\_\_\_\_\_

**17. sources illégales?**

\_\_\_\_\_

**17a. autres revenus?**

\_\_\_\_\_

**19. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi?**

00- aucun jour (inclut aucune recherche d'emploi)

**QUESTIONS 20 ET 21: DEMANDEZ À  
L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE  
D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)**

20. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle  
mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé  
par ces problèmes d'emploi?

21. Dans quelle mesure vous semble-t-il  
important, maintenant, de recevoir de l'aide  
pour ces problèmes d'emploi?

**ÉVALUATION DE CONFIANCE**

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensible-ment  
faussés :

28. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

1- Oui 2- Non

29. parce qu'il ne comprend les questions?

1- Oui 2- Non

**ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)**

22a Quelle est votre estimation de la gravité  
du problème de l'utilisateur?

**COMMENTAIRES :**

## SITUATION JUDICIAIRE

<p><b>1. Cette admission a-t-elle été imposée</b> (ou évasions ou les omissions de comparaître)?</p> <p>suggérée par le système judiciaire et/ou par <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>le système social?</p> <p>1- Oui    2- Non</p> <p>Si oui → lequel? (N/A si non)</p> <p>→ <b>Système judiciaire</b></p> <p>00- agent de probation  01- agent de libération conditionnelle  02- avocat  03- juge (libération sous caution)  04- autres : (spécifiez) _____</p> <p>→ <b>Système social</b></p> <p>05- intervenants de la CPEJ  06- autres intervenants du réseau  07- avocat ou juge (Tribunal de la Jeunesse)</p>	<p><b>7. fraude</b> (ex. : vol de carte de crédit, escroquerie telle fabrication ou usage de faux)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>8. port d'arme illégal</b> (ex. : posséder ou utiliser une arme à feu sans permis)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>9. infractions hors classe</b> (ex. : libelle diffamatoire, fabrication de fausse monnaie)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>10. drogues</b> (possession ou trafic)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>11. méfait</b> (ex. : introduction par effraction, vandalisme, troubler la paix)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>12. conduite avec facultés affaiblies</b> (et/ou défaut ou refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>13. vol</b> (recel, vol sans arme et sans menace de violence sur la personne)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>14. infractions d'ordre sexuel</b> (prostitution, proxénétisme)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>15. voies de fait</b> (menace de mort, agression physique)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>16. négligence criminelle</b> (délit de fuite)? <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>17. vol qualifié</b> (avec une arme ou menace de</p>
<p><b>2. Présentement, êtes-vous :</b></p> <p>1- en libération conditionnelle?  2- en probation?  3- en maison de transition  4- autres (ex. : prison, pénitenciers)? (spécifiez) _____</p> <hr/> <p>5- aucune mesure légale?</p> <p><b>COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE</b>  <b>AVEZ-VOUS ÉTÉ INCULPÉ (ACCUSÉ)</b>  <b>DES DÉLITS OU CRIMES SUIVANTS</b>  (c.f. Code criminel) :</p>	<p><b>6. infractions contre l'application de la loi</b> : désobéissance à une ordonnance de la Cour, bris de probation, entraves à la justice telles les</p>

violence sur la personne)?

☛ 18. viol, inceste, agression sexuelle?

31a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?



☛ 19. homicide, meurtre (tentative de meurtre)?

**ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)**

**ÉVALUATION DE CONFIANCE**

☛ 20a. De combien de ces inculpations (6 à 19) avez-vous été reconnu coupable?

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

N/A si jamais inculpé

32. parce que l'usager dissimule la vérité?

1- Oui 2- Non

☛ 24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence?

33. parce qu'il ne comprend pas les questions?

1- Oui 2- Non

1- Oui 2- Non (allez à la question 28)

Si oui, êtes-vous :

1- en instance d'inculpation?

2- en attente de procès?

3- en attente de sentence?

☛ 25. Pour quel délit?

6-19, code correspondant à l'item ou au délit. Si plusieurs délits, notez le plus grave, les délits étant ordonnés selon un ordre croissant de gravité.

☛ 28. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours vous êtes-vous adonné à des activités illégales en vue d'en tirer profit?

Questions 29 et 30 : demandez à l'usager d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective (0 à 4)

29. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves? (exclure les problèmes civils)

30. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires?