

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROFIL MÉMOIRE ET STAGE)

PAR  
ÉMILIE SAUVAGEAU

PERCEPTIONS DES USAGERS ET DU PERSONNEL AU SUJET D'UN  
PROGRAMME INTÉGRÉ SUR LES TROUBLES  
CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET  
DE DÉPENDANCE DE LA RÉGION  
MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC

OCTOBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

La clientèle présentant un trouble concomitant de problème de santé mentale et de trouble d'utilisation de substances (TUS) représenterait 50% de la clientèle dans les services de réadaptation en dépendance. Présentant davantage de problèmes associés que les individus ayant un seul trouble, cette clientèle est plus à risque de faire des tentatives de suicide, de subir des blessures ou de devenir itinérante (Drake *et al.*, 1991; McGinty *et al.*, 2013; Schmidt, Hesse, et Lykke, 2011). Il s'agit d'une clientèle qui est généralement traitée pour l'un des deux troubles. Ceux-ci sont rarement évalués et traités de manière simultanée (O'Neil et Lapalme, 2016). Pourtant, les traitements intégrés structurés s'adressant, entre autres, aux personnes ayant un trouble mental grave et persistant sont plus efficaces que les services habituels pour réduire la consommation (O'Neil et Lapalme, 2016). En vue d'améliorer les services offerts à cette clientèle, un programme d'intervention intégrée a été mis sur pied conjointement par l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique ainsi que par les services de réadaptation en dépendance (SRD) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). La clientèle qui y réside présente au moins deux troubles: un trouble psychotique ainsi qu'un trouble d'utilisation de substances. Le projet de mémoire présenté a pour but, d'une part, d'obtenir le point de vue des usagers ayant bénéficié du programme d'intervention intégrée quant à sa forme, son contenu, ses impacts et ses retombées. D'autre part, le point de vue des intervenants dédiés au programme, du personnel cadre et des équipes cliniques provenant de ces deux établissements concernant l'implantation du

programme, les retombées perçues sur la clientèle, ainsi que le travail de collaboration entre les intervenants et les établissements impliqués a également été recueilli. Pour ce faire, une méthodologie qualitative a été appliquée (Miles et Huberman, 2003). Plus précisément, des entretiens semi-structurés (Baribeau et Royer, 2012; Denzin et Lincoln, 2005; Marshall et Rossman, 2006) ont été menés auprès de six usagers ayant bénéficié du programme intégré. Également, des focus groups (Noiseux, 2010; Krueger et Casey, 2003; Turcotte, Dufour et Saint-Jacques, 2009) ont permis de recueillir le point de vue des intervenants dédiés, du personnel cadre et des équipes cliniques. La collecte de données s'est déroulée en 2015 et en 2016. L'analyse des entrevues a été effectuée selon la méthode d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003; Wanlin, 2007). Selon ce qui est rapporté par les usagers, une satisfaction face au programme ressort, car ils rapportent se sentir compris et respectés dans leur rythme. Les insatisfactions résident davantage dans la politique basée sur une tolérance zéro en matière de consommation dans leur milieu de vie. Pour leur part, les employés constatent une diminution de la consommation chez certains usagers. La présence d'un intervenant spécialisé en dépendance a pu, également, diminuer le sentiment d'impuissance exprimé par des employés de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique. Les retombées de ce mémoire visent à fournir une vision d'ensemble d'un programme d'intervention intégrée nouvellement implanté, de ses facteurs de réussite ainsi que des pistes d'amélioration.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Liste des tableaux .....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Problématique .....	5
Définitions des concepts .....	8
Prévalence .....	11
Pourquoi des troubles concomitants? .....	14
Défis pour l'intervention .....	15
Types et modalités de traitement .....	18
Intégration des services .....	25
Mise sur pied d'un programme d'intervention intégrée .....	33
Méthodologie .....	38
Design de recherche .....	39
Milieux de recrutement .....	40
Unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du CIUSSS MCQ .....	40
Les services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ .....	41
Participants .....	42

Usagers .....	43
Intervenants, cadres et équipes cliniques .....	46
Procédure de recrutement .....	47
Usagers .....	47
Intervenants, cadres et équipes cliniques .....	48
Modes de recueil de données .....	49
Focus group.....	49
Entretien individuel semi-dirigé .....	50
Consultation du dossier clientèle .....	52
Déroulement de la collecte de données.....	53
Usagers .....	53
Intervenants, cadres et équipes cliniques .....	53
Analyses .....	54
Considérations éthiques .....	55
Conservations des données .....	55
Résultats .....	57
La clientèle du programme .....	58
Caractéristiques psychologiques et habitudes de consommation .....	58
Raisons de la consommation.....	61
Motivation au changement de comportement de consommation .....	63
Compréhension de leurs conditions et contraintes.....	66

Règles de vie .....	67
Défis de l'intervention auprès de la clientèle .....	70
Capacités limitées.....	72
Alliance thérapeutique.....	73
Compensation pour la participation au programme .....	74
Le développement du programme et son implantation.....	75
Historique de la création du programme d'intervention intégrée .....	77
Implication des intervenants dédiés au sein des autres équipes d'intervention .....	79
Fondements théoriques et expérimentations .....	80
Format en adaptation continue .....	82
Objectifs du programme .....	85
Critères d'inclusion et de recrutement .....	85
Déroulement et contenu du programme.....	87
Durée et intensité du traitement .....	90
Les retombées du programme .....	91
Les retombées du programme pour la clientèle .....	93
Les retombées du programme sur les équipes cliniques.....	95
Les facteurs facilitant l'implantation du programme .....	97
Intervenants dédiés.....	97
Le soutien des gestionnaires .....	97
Les obstacles à l'implantation du programme .....	98

La disparité des points de vue .....	98
L'ajustement face au milieu de vie .....	101
L'autodidactie des intervenants dédiés .....	102
Pistes d'amélioration.....	102
Dossier unique ou plan d'intervention commun .....	103
Faire connaître davantage le programme à l'interne.....	104
Formation des intervenants dédiés.....	104
Démystifier l'impact du traitement de la consommation, les aspects de chronicité et de la définition du succès des traitements .....	105
Réduction des méfaits .....	106
Allouer plus de temps pour ce programme et augmenter la présence aux réunions d'équipe .....	107
Monitorer l'évolution des clients dans le programme .....	108
Ajouts ou modifications à la programmation.....	110
Arrimer les services de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique avec les services externes .....	111
Discussion .....	113
Le point de vue des usagers .....	114
Le point de vue de professionnels.....	119
Règles de vie et approches .....	123
Intégration des services .....	126
Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation .....	128
Le programme vu sous l'angle de la psychoéducation .....	130



Les composantes de Gendreau.....	130
La conduite adaptative selon Renou .....	134
Limites et apports de l'étude.....	137
Conclusion .....	143
Références .....	146
Appendice A. Formulaire d'information et de consentement usagers(ères)...	166
Appendice B. Formulaire d'information et de consentement intervenants et gestionnaires.....	171
Appendice C. Guide d'entretien usagers(ères).....	176
Appendice D. Guide d'entretien de groupe cadres .....	180
Appendice E. Guide d'entretien de groupe équipes cliniques .....	183
Appendice F. Guide d'entretien de groupe intervenants.....	187
Appendice G. Grille de codification .....	192
Appendice H. Le modèle des dix composantes de Gendreau .....	196

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Définitions et critères diagnostics des notions d'abus et de dépendance à une substance, selon le DSM-IV-TR .....	9
2	Intervention selon la combinaison de trouble mental et de TUS .....	22
3	Le quadrant des niveaux de soins .....	32
4	Types de participants et modalités de rencontre .....	42
5	Caractéristiques sociodémographiques et profil des participants .....	44

## **Remerciements**

En premier lieu, je tiens à remercier mes directrices, Natacha Brunelle et Nadia L'Espérance. La réalisation de cette recherche n'aurait pu se faire sans leur soutien indéfectible et leurs judicieux conseils. Je les remercie pour la générosité de leur temps, pour les connaissances scientifiques qu'elles ont su me transmettre, pour m'avoir impliquée au sein de projets scientifiques et, tout spécialement, pour avoir cru en moi.

Merci aux usagers, aux intervenants dédiés, aux gestionnaires ainsi qu'aux membres des deux équipes cliniques qui ont consenti à donner généreusement de leur temps afin de mieux comprendre comment est perçu un programme d'intervention intégrée novateur.

Je tiens également à remercier le Décanat des études pour l'octroi d'une bourse de soutien ayant contribué à l'avancement de ce mémoire.

Merci à mes parents, ma grand-mère et à mes amis pour leur soutien, leurs encouragements et leur immense compréhension à mon égard. Par différentes attentions de leur part, ils ont su favoriser ma motivation durant ce projet.

Finalement, je souhaite remercier mon conjoint, Daniel, pour sa patience, son humour et son appui sans faille. Grâce à sa compréhension, ses nombreux encouragements et ses commentaires constructifs, il a fortement contribué à la réalisation de ce mémoire.

## Introduction

Les études épidémiologiques effectuées au Québec (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec [ACRDQ], 2014), au Canada (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLAT], 2009) et aux États-Unis (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2015) révèlent que les personnes présentant un trouble concomitant, une association entre un problème de santé mentale et un trouble d'utilisation de substance (TUS), représentent davantage la norme que l'exception dans les services. Leur portrait clinique est plus complexe et leur pronostic de rétablissement est moins favorable que ceux de la clientèle ayant une seule problématique (O'Neill et Lapalme, 2016).

Des programmes d'intervention efficaces et aidants pour ces personnes doivent être instaurés afin de bien répondre à leurs besoins qui diffèrent de ceux de la clientèle régulière, et ce, par l'importance d'avoir accès à un traitement portant sur leurs deux problématiques à la fois (SAMHSA, 2013). Ce type de traitement, connu sous le nom de services intégrés, est de plus en plus étudié et sa pertinence reconnue. Au Québec, peu d'études se sont penchées sur les programmes intégrés existants et encore moins, à notre connaissance, ont donné la parole aux personnes bénéficiant de ces services ainsi qu'au personnel intervenant auprès d'elles.

Un programme d'intervention intégrée a pris forme suite à une initiative de gestionnaires et d'intervenants œuvrant dans un milieu hospitalier où des individus présentant un trouble concomitant résident. Les interventions, offertes par une psychoéducatrice de ce milieu et un intervenant en provenance des services spécialisés en dépendance, portent simultanément sur les deux problématiques des usagers. Il est apparu pertinent de recueillir le point de vue de la clientèle, des intervenants dédiés à ce programme, des gestionnaires et des équipes cliniques des deux milieux impliqués. Cela permet de mieux saisir les changements vécus par tous ces acteurs depuis l'implantation du programme. Cette visée phénoménologique (Anadón, 2006; Noiseux, 2010) a pour essence de s'attarder à la signification que la personne accorde aux événements.

Ce mémoire présente, au premier chapitre, les difficultés inhérentes aux troubles concomitants. La définition des concepts, les prévalences et l'étiologie de ces troubles suivront, pour ensuite faire place aux défis et modalités pour l'intervention. Également, l'intégration des services sera approfondie. La section se terminera en offrant plus d'explications sur le programme qui a été étudié dans le cadre de ce travail. Au deuxième chapitre, la méthode utilisée sera détaillée, plus particulièrement le design de recherche, le mode de recrutement des participants, le traitement et l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Le troisième chapitre se consacre aux résultats ressortant des analyses. Finalement, dans le quatrième chapitre, les résultats feront l'objet d'une discussion et seront mis en relief avec les données de la littérature. Les retombées possibles, les forces et les limites de ce mémoire seront abordées à la fin de celui-ci.

## Contexte théorique

## **Problématique**

Les personnes présentant des troubles concomitants de trouble d'utilisation de substances (TUS) et de santé mentale sont nombreuses dans les services en santé mentale et en dépendance. Elles sont souvent traitées uniquement pour l'une des deux problématiques. L'accès à ces soins étant souvent distinct et cloisonné, leurs troubles sont rarement évalués et traités de manière simultanée (Murthy et Chand, 2012; O'Neil et Lapalme, 2016; Sacks, Chaple, Sirikantraporn, Sacks et Martinez, 2013). Des études, incluant une recension (Chauvet, Kamgang, Ngui et Fleury, 2015), indiquent que l'interaction entre les symptômes psychiatriques, la médication psychotrope et la consommation de substances psychoactives (SPA) rend cette clientèle particulièrement vulnérable (CCLAT, 2009; Landry et Lecavalier, 2003).

Les usagers présentant un trouble concomitant sont plus à risque de faire des tentatives de suicide, d'être hospitalisés, de subir des blessures ou de devenir itinérants (Drake, Wallach, Teague, Freeman, Paskus et Clark, 1991; McGinty, Baker, Steinwachs et Daumit, 2013; SAMHSA, 2015; Schmidt, Hesse et Lykke, 2011). Pour cette clientèle, le taux d'abandon du traitement, de rechutes et de demandes de services est plus élevé et le pronostic après avoir reçu des services est moins favorable (Landry, Cournoyer, Bergeron et Brochu, 2001; Schmidt *et al.*, 2011; Xie, McHugo, Fox et Drake, 2005). La fragilité de cette clientèle est aussi associée aux risques liés à l'usage de substances



psychoactives, dont le risque de contracter le VIH, l'hépatite C, de graves infections bactériennes et des dangers de décès par surdose (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Kuyper, Hogg, Montaner, Schechter et Wood, 2004). L'utilisation et le partage de seringues, les relations sexuelles non protégées, les multiples partenaires sexuels, l'échange de faveurs sexuelles, l'automutilation, les idéations suicidaires, les activités illégales, la violence envers les autres ainsi qu'un historique de victimisation physique, émotionnelle et sexuelle ont été rapportés en 2014 dans une étude menée auprès d'adolescents et de jeunes adultes américains ayant un trouble concomitant de TUS et de trouble de santé mentale (Coleman-Cowger, Baumer, Dennis et Scott, 2015).

De plus, il existe une variété de symptômes pour ces troubles en raison des possibles combinaisons selon le type de problème de santé mentale et de substance consommée. La gravité ainsi que l'interaction des deux problématiques influencent les symptômes (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Skinner *et al.*, 2010). Cette interférence entre un trouble d'utilisation de substances et un trouble de santé mentale peut, par exemple, augmenter le nombre de rechutes psychotiques, d'épisodes dépressifs, d'actes de violence, de conduites criminelles, etc. (Potvin et Stip, 2007).

Le trouble d'utilisation de substance, pour sa part, peut accroître, accélérer l'apparition, imiter ou masquer les symptômes d'un problème de santé mentale (Comité

permanent sur les troubles concomitants, 2005; George et Blank, 2009; Moore, Zammit, Lingford-Hughes, Barnes, Jones, Burke et Lewis, 2007; Potvin et Stip, 2007; Skinner *et al.*, 2004, 2010). Ces facteurs peuvent concourir à augmenter les risques d'itinérance (Drake *et al.*, 1991), de maladies infectieuses (Rosenberg *et al.*, 2001) et d'utilisation plus fréquente des services de santé physique et mentale (Bartels, Teague, Drake, Clark, Bush et Noordsy, 1993; Haywood, Kravitz, Grossman, Cavanaugh, Davis et Lewis, 1995; Menezes, Johnson, Thornicroft, Marshall, Prosser, Bebbington et Kuipers, 1996; Pettinati, O'Brien et Dundon, 2013).

En ce qui a trait au pronostic de rétablissement, plus les problèmes de santé mentale et de TUS se manifestent tôt et sont graves, plus il sera difficile et long pour l'individu de se rétablir. Alors, il devra faire plus d'efforts et nécessitera davantage de soutien. En contrepartie, lorsque le problème est diagnostiqué et traité rapidement, les probabilités de rétablissement se voient améliorées (CCLAT, 2009; Skinner *et al.*, 2010).

En raison des facteurs de risque associés aux troubles concomitants présentés ci-haut, il apparaît important d'adapter les services pour cette clientèle, notamment en passant par l'intégration des services. Ces changements sont très bénéfiques pour ces personnes puisqu'ils permettent une amélioration significative du bien-être personnel, une plus grande réduction de la consommation et une meilleure rétention des informations apprises en thérapie (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010; Priester, Browne, Iachini, Clone, DeHart et Seay, 2016; SAMHSA, 2013; Skinner *et al.*, 2010).

### Définitions des concepts

Les troubles de santé mentale et les TUS sont complexes et ont des répercussions importantes sur la vie des personnes. Leur association peut se décliner en plusieurs appellations, telles que trouble concomitant, double problématique, comorbidité ou double diagnostic (Di Lorenzo Galliani, Guicciardi, Landi et Ferri, 2014; Fillion-Biodeau, Nadeau et Landry, 2012; Skinner *et al.*, 2010). Quelques définitions comportant des variantes ont été répertoriées, mais essentiellement les troubles concomitants sont définis comme étant : « une situation où un TUS coexiste pour la plupart du temps avec un trouble de santé mental ou plusieurs troubles à la fois » (Chauvet *et al.*, 2015, p. 37). Santé Canada (2002 :V) élabore davantage et définit l'expression « troubles concomitants » de la façon suivante :

L'ensemble des « troubles concomitants » se rapporte aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives. Sur le plan plus technique et en termes diagnostiques, elle se rapporte à une association de troubles mentaux et de troubles liés aux substances, définie par exemple selon l'axe I et l'axe II du DSM-IV.

Spécifiquement en matière de TUS, le vocabulaire a changé ces dernières années en raison de la transition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition, le DSM-IV-TR (2000) vers la cinquième édition, le DSM-5, en 2013 (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ces manuels sont produits par l'American Psychiatric Association. Le premier définit deux types de problèmes de consommation, à savoir l'abus de substances et la dépendance aux substances. Ces notions sont détaillées quant à leur définition et à leurs critères diagnostics dans le tableau 1.

Tableau 1

*Définitions et critères diagnostics des notions d'abus et de dépendance à une substance, selon le DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 228-230)*

<b>Abus de substance</b>
<p>Ce diagnostic réfère à l'utilisation répétée de la substance engendrant une souffrance ou une altération du fonctionnement chez la personne, de sorte qu'au cours des 12 derniers mois, elle a présenté l'une des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison;</li> <li>2) Consommation de façon répétée dans des situations où cela peut être dangereux;</li> <li>3) Problèmes judiciaires répétés liés à la consommation d'une substance;</li> <li>4) Utilisation de la substance malgré des problèmes personnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.</li> </ol>
<b>Dépendance à une substance</b>
<p>Ce diagnostic a lieu lorsqu'il y a présence d'un mode d'utilisation inadapté d'une substance menant à une détresse ou si le fonctionnement est perturbé de façon cliniquement significative, de sorte que la personne présente au moins trois des manifestations suivantes, à n'importe quel moment sur une période de douze mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tolérance : soit un besoin de quantités nettement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, soit un effet nettement diminué en cas d'utilisation continue de la même quantité de substance.</li> <li>2) Sevrage : un syndrome de sevrage propre à la substance ou la consommation de cette même substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.</li> <li>3) Consommation de la substance en quantité supérieure ou sur une plus grande période de temps que ce qui était prévu.</li> <li>4) Désir persistant, ou efforts infructueux, pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.</li> <li>5) Temps considérable passé à chercher ou à obtenir la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.</li> <li>6) Abandon ou réduction d'activités sociales, occupationnelles ou de loisirs importants.</li> <li>7) Poursuite de la consommation de la substance malgré la reconnaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.</li> </ol>

Quant à lui, le DSM-5 regroupe ces deux catégories en un continuum appelé « trouble d'utilisation de substances » ou « troubles de l'usage d'une substance » qui est décrit par l'APA comme une « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue de consommer la substance malgré des

problèmes significatifs liés à cela » (APA, 2013, p.572). Ce continuum caractérise la dépendance aux SPA allant de légère à sévère, en plus d'avoir été bonifié avec de nouveaux critères diagnostics s'ajoutant à ceux du DSM-IV-TR, dont celui de *craving* ou « envie impérieuse faisant référence à un désir irrésistible de consommer » (APA, 2013, p.573

En matière de problèmes de santé mentale, le DSM-IV-TR le définit ainsi :

Un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p.ex., symptôme de souffrance) ou à un handicap (p.ex., altération d'un ou plusieurs domaines de fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté (APA, 2000, p. XXXV).

De son côté, le DSM-5 a modifié cette définition :

Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut (APA, 2013, p.22).

Parmi les nombreux changements entre les deux versions du DSM selon le site Internet de l'APA, il est à noter que des modifications ont été apportées au diagnostic de schizophrénie. Il n'existe plus de sous-types pour ce trouble mental (p.ex., paranoïde,

désorganisé, catatonique, indifférencié et résiduel) puisque cela n'aidait pas les patients à obtenir un meilleur traitement (APA, 2013). Le DSM-5 conçoit ce qu'il appelle désormais le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques comme se définissant par : « des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants: idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs » (APA, 2013, p.103).

### **Prévalence**

La présence d'un trouble mental doublerait le risque de développer un problème de consommation d'alcool et ce risque triplerait concernant les autres substances psychoactives. Les personnes ayant un TUS auraient quatre fois plus de risques de développer un problème psychiatrique (Rush et Koegl, 2008). Certaines études mettent en lumière que les problèmes de TUS sont plus élevés chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, soit de deux à quatre fois plus à risque que la population générale (George et Krystal, 2000; Regier *et al.*, 1990; Ziedonis *et al.*, 2005).

Entre 20 et 50% des usagers en établissement psychiatrique ont un trouble d'utilisation de substances au cours de leur vie, alors que de 50 à 75% des personnes recevant des services pour un TUS ont déjà eu un problème de santé mentale (SAMHSA, 2007). Vingt pourcents des personnes ayant un trouble mental sévère et persistant développeront un TUS au cours de leur vie. Seulement 7.4% recevront un traitement pour

leurs deux problématiques, alors que 55% n'en recevront aucun (SAMHSA, 2015). Il faut cependant mentionner que ces chiffres varient en fonction des études, des différents diagnostics, des populations étudiées, de la région et du pays (Chauvet *et al.*, 2015). Aux États-Unis, 44% des personnes ayant un trouble concomitant reçoivent des services pour l'une ou l'autre des problématiques (SAMHSA, 2010).

Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel (2008) ont constaté que 3,8 % des personnes présentant au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de leur vie ont un diagnostic de dépendance à l'alcool, comparativement à 1,3 % dans le reste de la population. La différence s'accroît en ce qui a trait à la prévalence sur 12 mois, soit 6 % comparativement à 1,5 %. Chez les personnes ayant un trouble de l'humeur, 26 % disent avoir consommé du cannabis dans la dernière année. En ce qui concerne les personnes présentant un trouble anxieux, 18 % révèlent avoir consommé du cannabis dans les 12 derniers mois. Selon les données issues d'une enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (Santé Canada, 2015), 12,3% de la population générale aurait fait usage de cannabis dans les 12 derniers mois. De leur côté, les centres de réadaptation en dépendance du Québec évalueraient à 50 % la proportion d'utilisateurs ayant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance (ACRDQ, 2014).

Quant aux troubles du spectre psychotique, diverses études américaines rapportent que 25 à 30 % des individus atteints de schizophrénie admis en traitement présentent un TUS (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005).

Koskinen, Lohonen, Koponen, Isohanni et Miettunen (2009) ont réalisé une méta-analyse concernant la dépendance à l'alcool chez des individus schizophrènes. Pour ce type de patient, une prévalence actuelle et à vie de l'alcoolisme serait de l'ordre de 9,4% et de 20,6%. L'année suivante, ils ont réalisé une autre étude qui a démontré une prévalence de consommation de cannabis actuelle et à vie de 16% et de 27% auprès de patients schizophrènes (Koskinen, Lohonen, Koponen, Isohanni et Miettunen, 2010). La prévalence à vie d'un TUS (abus ou dépendance) est de près de 50 % chez les personnes schizophrènes (Regier, Farmer et Rae, 1990). D'ailleurs, le risque de développer une schizophrénie chez les grands consommateurs de cannabis est six fois plus élevé que chez les personnes qui n'en consomment pas (Moore *et al.*, 2007; Potvin, Stip et Roy, 2003).

Des études en Europe ont évalué des taux de prévalence à vie pour les TUS chez les personnes ayant un trouble psychotique. Carrà et ses collègues (2012) ont effectué une étude de cohorte auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Il en ressort que la prévalence à vie de la dépendance aux substances psychoactives est estimée à 24,2 %. Une autre étude indique que les taux de prévalence chez des individus souffrant de schizophrénie seraient plus précisément de 18,2 % pour l'alcool et de 10,5 % pour les drogues (Carrà *et al.*, 2012). Les troubles concomitants sont donc documentés depuis plus de 30 ans et les taux rapportés demeurent toujours préoccupants.



### **Pourquoi des troubles concomitants?**

Certains auteurs (Morisano, Babor et Robaina, 2014; Mueser, Drake et Wallach, 1998; Pellerin, 2011) ont recensé que les explications possibles de la concomitance de ces troubles peuvent être de différents ordres : 1) l'apparition de troubles de santé mentale suite aux habitudes de consommation ou au sevrage; 2) l'indépendance de ces troubles où chacun existe en l'absence de l'autre; 3) la présence d'une vulnérabilité commune aux troubles de santé mentale et d'utilisation de substances ou; 4) l'automédication à l'aide de substances licites ou illicites.

Dans le premier scénario, la consommation d'alcool ou de drogues illégales peut générer des effets similaires à certains symptômes psychiatriques (sentiments dépressifs, anxiété, impulsivité, hallucinations). En outre, cette consommation engendre d'autres conséquences (perte d'emploi, rupture amoureuse, etc.) qui peuvent mener à l'apparition d'un trouble de santé mentale (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013; Skinner *et al.*, 2010).

La deuxième explication postule que les deux problématiques sont présentes simultanément chez la personne et que la disparition de l'un des deux troubles n'engendrera pas forcément la disparition de l'autre (Morisano, Babor et Robaina, 2014; O'Grady et Skinner, 2008; Pellerin, 2011).

Quant à la troisième possibilité, à savoir une fragilité commune aux deux troubles, tel qu'un facteur biologique ou un événement traumatique au plan affectif ou physique, peut être à l'origine du trouble mental et de la problématique de consommation (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013; Di Lorenzo *et al.*, 2014; Mueser *et al.*, 1998; Stewart, 2009; Schutz et Young, 2009; Skinner *et al.*, 2010).

L'automédication quant à elle serait un motif de consommation, notamment chez les personnes schizophrènes, visant un soulagement des symptômes clés de la pathologie, tels que les symptômes négatifs (affect plat, baisse de motivation, isolement, etc.) et les déficits cognitifs associés (difficultés de concentration, d'attention et de mémoire) (CCLT, 2013; Cosci, Schruers, Abrams et Griez, 2007; MacDonald, Baker, Stewart et Skinner, 2000; Mueser *et al.*, 1998; Skinner *et al.*, 2010). Il s'agit donc d'un contexte où la consommation est perçue comme un symptôme du trouble mental (Nadeau, 2001; Suh, Ruffins, Robins, Albanese et Khantzian, 2008).

### **Défis pour l'intervention**

La complexité des troubles concomitants de TUS et de santé mentale constitue un défi pour les fournisseurs de services, notamment en ce qui a trait au pronostic de rétablissement, mais aussi en termes d'engagement et de maintien en traitement (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Fillion-Bilodeau, Nadeau et Landry, 2012). Par ailleurs, si un seul des troubles est traité, le risque de rechute s'avère important (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried et Walter, 2008; Drake, O'Neal et Wallach, 2008).

Cette clientèle s'inscrit dans une réalité pouvant être complexe, car la possible présence de problèmes psychosociaux (p.ex. pauvreté, itinérance, etc.) peut aggraver les difficultés vécues par ces personnes (Center for Substance Abuse Treatment, 2006; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009).

En effet, la stigmatisation liée aux problématiques de santé mentale compte parmi les obstacles que rencontre cette clientèle à risque car elle entraîne une augmentation des risques de marginalisation, de criminalité et d'itinérance. En plus de cette stigmatisation déjà difficile à subir, il faut considérer que l'habileté à résoudre des problèmes ou à relever des défis de tous les jours est plus faible parmi ces usagers (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Perreault, Perreault, Withaeuper, Malai, 2009).

Les services de traitement pour les TUS et en santé mentale sont généralement cloisonnés et conçoivent souvent l'intervention différemment. Ils peuvent donner des indications ou des objectifs contradictoires à la personne ayant un trouble concomitant (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Rush *et al.*, 2002; Skinner *et al.*, 2010). Par exemple, l'intervention en dépendance peut favoriser l'approche de la réduction des méfaits et inviter l'utilisateur à réduire graduellement sa consommation de substances psychoactives. Dans d'autres cas, l'utilisateur peut devoir cesser sa consommation de SPA et de médicaments, incluant ceux servant à traiter des troubles de santé mentale; l'idée derrière cela étant de promouvoir le traitement des troubles mentaux sans médication (Skinner *et al.*, 2010). Une manière concrète d'illustrer ce propos serait

le programme en douze étapes qui stipule qu'une personne doit pouvoir faire face à sa situation sans prendre de substances, y compris des médicaments sur ordonnance (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH], 2012).

Quant aux interventions en santé mentale, l'abstinence de consommation est habituellement exigée immédiatement dès l'entrée en traitement (Skinner *et al.*, 2010). Par ailleurs, le sevrage de plusieurs substances peut créer des symptômes s'apparentant aux troubles d'humeur ou d'anxiété. Ainsi, cela peut mener à une erreur dans le diagnostic, ce qui peut affecter le traitement en le rendant inadapté ou en le ralentissant (Rush *et al.*, 2002). En outre, les caractéristiques inhérentes aux troubles concomitants font que la personne peut davantage être en crise, ou en rechute sévère, et constituer un danger pour elle-même ou pour autrui. Ceci entraîne un taux d'hospitalisation plus élevé auprès de cette clientèle. Ces crises plus fréquentes influencent l'intervention de manière à ce que celle-ci soit réévaluée plus souvent quant à son adéquation pour l'utilisateur (Skinner *et al.*, 2010).

Enfin, la consommation de SPA peut réduire ou interférer défavorablement avec l'effet de la médication traitant les problèmes psychiatriques. La consommation de substances psychoactives peut également mener à l'oubli de la prise de la médication et, de ce fait, aggraver ou entraîner une récurrence des symptômes psychiatriques. Il est possible que, lorsque l'une des deux problématiques réparaît, les symptômes de l'autre ressurgissent aussi. En d'autres termes, dans un contexte où la personne serait stabilisée

au plan de la consommation et de son trouble de santé mentale, si elle vit une rechute par rapport à l'un de ces troubles, il est probable que l'autre trouble réapparaisse peu de temps après le premier (Skinner *et al.*, 2010).

### **Types et modalités de traitement**

Le traitement peut varier d'une personne à l'autre, en étant soit de nature plus médicale ou psychosociale. Il peut aussi être fait en thérapie individuelle ou de groupe. Souvent, il est à la fois médical et psychosocial, car la médication permet de stabiliser et de contrôler les symptômes psychiatriques des clients, ce qui augmente leur réceptivité au traitement (Kelly, Daley et Douaihy, 2012; SAMHSA, 2013). Par contre, la pharmacothérapie pose un défi en regard des interactions et effets secondaires possibles entre le trouble d'utilisation de substance et la médication nécessaire pour le problème de santé mentale (CCLAT, 2009; Kelly *et al.*, 2012; Sacks *et al.*, 2013). De son côté, l'intervention psychosociale peut toucher une multitude d'éléments selon l'approche utilisée et les difficultés propres à l'utilisateur. Par exemple, la modification de comportements, l'identification des facteurs de risque de rechute, l'augmentation des habiletés sociales ou de sa capacité de résolution de problèmes (Carbaugh et Sias, 2010; Prisciandaro et Myrick, 2010; SAMHSA, 2013).

Il existe deux principales modalités d'intervention, la thérapie individuelle et celle de groupe. Toutes deux ont été reconnues comme efficaces chez les clientèles complexes (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Kelly *et al.*, 2012;

Sacks *et al.*, 2013). Elles peuvent revêtir plusieurs formes selon le type d'approche utilisé. Bien qu'il existe une grande variété d'approches en intervention, seules les plus pertinentes pour la clientèle présentant un trouble concomitant seront abordées. Concernant l'intervention individuelle, il est commun de retrouver la psychothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale. Bien qu'ayant fonctionné pour certaines personnes, la psychothérapie demande de l'introspection, du temps et une analyse approfondie de ses difficultés (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Skinner *et al.*, 2010). En contrepartie, si la psychothérapie est jumelée à l'approche motivationnelle, son efficacité s'en trouve améliorée (Burnett, Porter et Stallings, 2011; Sharma et Bennett, 2015).

De son côté, la thérapie cognitivo-comportementale est plus courte et offre une meilleure efficacité dans le traitement des troubles concomitants (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; SAMHSA, 2013; Skinner *et al.*, 2010). Elle fournit des moyens pour aider la clientèle à surpasser les difficultés dans les sphères interpersonnelles et intrapersonnelles qui sont en lien avec la consommation de SPA. Ces acquis peuvent permettre aux personnes de développer de nouvelles stratégies d'adaptation (coping) face aux situations à haut risque (Sharma et Bennett, 2015). Par exemple, l'intervention pourrait viser à déterminer, de concert avec l'utilisateur, ce qu'est un avenir prometteur à ses yeux ainsi qu'à trouver des moyens pour avoir des habitudes de vie saines.

La thérapie comportementale dialectique (TCD), un dérivé de la thérapie cognitivo-comportementale, basée sur une théorie biosociale conçoit les comportements inadéquats comme étant une méthode de résolution de problèmes qui vise une diminution des émotions difficiles (Linehan, 2000, 1993). Ainsi, le TUS est vu comme une réaction mal adaptée et difficile à changer puisqu'il aide à gérer à court terme les émotions bouleversantes, incontrôlables et négatives. Le guide des meilleures pratiques pour les personnes présentant un trouble concomitant, encore utilisé par Santé Canada à ce jour, rapporte que Linehan et Dineff (1995) ont adapté la TCD pour répondre aux besoins des individus ayant un trouble concomitant. L'intervention proposée repose sur l'établissement primordial d'une alliance thérapeutique en premier lieu. Ensuite, le clinicien utilisant cette approche aurait à mettre en place des stratégies pour aider l'utilisateur à gérer ses envies de consommer et devrait s'assurer que les services répondent à ses besoins. Lorsque cela est nécessaire, la pharmacothérapie peut être indiquée (Linehan et Dineff, 1995; Linehan, 1993; Linehan, 2000; Robins et Rosenthal, 2011).

En ce qui a trait à la modalité en groupe, celle-ci est reconnue comme une bonne pratique dans le champ des dépendances (Marques et Formigoni, 2001; Sobell, Sobell et Agrawal, 2009; Weiss, Jaffee, De Menil et Cogley, 2004) et des troubles de santé mentale (Lecomte, Leclerc, Wykes et Lecomte, 2003; Wykes, Parr et Landau, 1999). Elle vise l'éducation et la sensibilisation des personnes à propos de leur santé mentale, leurs symptômes psychiatriques ainsi que de leur consommation. Ceci permet aux personnes de mieux comprendre leurs difficultés et les aide dans leurs décisions sur la manière

d'affronter leurs problèmes. Cela donne également lieu à la mise sur pied des stratégies favorisant le rétablissement (Skinner *et al.*, 2010). Durant ces séances de sensibilisation, les participants discutent des causes de leurs problèmes de santé mentale et de trouble d'utilisation de substance, des différents traitements existants pour leurs difficultés ou des moyens à prendre pour prévenir des épisodes psychotiques ou de consommation (Skinner *et al.*, 2010). L'intervention de groupe s'est révélée aidante pour la clientèle grâce aux échanges d'idées des usagers entre eux (Burnett *et al.*, 2011; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Skinner *et al.*, 2010). De même, l'intervention de groupe comporte des facteurs d'aide thérapeutique qui résultent de la participation des membres à un groupe. Ils sont les bienfaits du groupe pour les participants et ont un rôle crucial dans leur cheminement (Plourde, Jenniss et Bédard-Nadeau, 2015). Le sentiment d'appartenance au groupe et le développement de la connaissance de soi grâce aux commentaires des autres membres du groupe sont deux exemples de facteurs d'aide thérapeutique, bien que l'on en dénombre une dizaine (Bloch et Crouch, 1985; Lindsay, Turcotte, Montminy et Roy, 2006; Reid, 1997; Yalom et Leszcz, 2008).

Par ailleurs, le tableau 2 indique quelles interventions sont à privilégier, selon la combinaison de trouble mental et de trouble d'utilisation de substances.



Tableau 2

*Intervention selon la combinaison de trouble mental et de TUS*

TUS et troubles de l'humeur et d'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention séquentielle en commençant par le TUS;</li> <li>• Évaluation continue et modification du plan d'intervention si le trouble mental ne s'améliore pas consécutivement à un progrès du TUS;</li> <li>• L'épisode de stress post-traumatique appelle à une approche intégrée portant sur les deux troubles;</li> <li>• Intervention cognitivo-comportementale.</li> </ul>
TUS et troubles de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention intégrée sur les deux troubles, sauf si la vie de la personne est en danger;</li> <li>• Gestion médicale des comportements en vue de changer les habitudes alimentaires et le TUS;</li> <li>• Psychothérapie.</li> </ul>
TUS et troubles de la personnalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le trouble de la personnalité limite appelle à une intervention intégrée sur les deux troubles;</li> <li>• Le trouble de la personnalité antisociale requiert une intervention séquentielle en commençant par le TUS;</li> <li>• Intervention comportementale dialectique en mettant l'accent sur l'entraînement aux habiletés sociales.</li> </ul>
TUS et troubles sévères et persistants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention intégrée sur les deux troubles;</li> <li>• Prendre en compte la motivation de l'utilisateur, la réduction des méfaits et un soutien de réadaptation psychosociale complet;</li> <li>• Intervention cognitivo-comportementale.</li> </ul>

De façon détaillée, il est recommandé pour la première catégorie (TUS et troubles de l'humeur et d'anxiété) de suivre une intervention séquentielle en commençant par le TUS, tout en maintenant une évaluation continue des symptômes psychiatriques et de modifier le plan d'intervention si le trouble mental ne s'améliore pas consécutivement à un progrès du TUS. Seul l'épisode de stress post-traumatique appelle à une intervention intégrée sur les deux problématiques en même temps. Pour tous les troubles de l'humeur et d'anxiété, la thérapie cognitivo-comportementale est la plus efficace et constitue, donc, un premier choix (Kelly *et al.*, 2012; Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Rush *et al.*, 2002).

Ensuite, pour les personnes présentant un TUS et des troubles alimentaires, les données probantes suggèrent une intervention intégrée, sauf si la vie de la personne est en danger. Une combinaison entre la gestion médicale des comportements en vue de changer les habitudes alimentaires et le TUS, ainsi que de la psychothérapie pour travailler sur les problèmes psychologiques constitue la stratégie d'intervention la plus efficace pour cette clientèle (Kelly *et al.*, 2012; Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Rush *et al.*, 2002).

Le troisième segment, le TUS et les troubles de la personnalité, nécessite un traitement intégré pour les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Pour celles ayant un trouble de la personnalité antisociale, il est suggéré d'offrir des services séquentiels en commençant par le TUS. Au niveau de l'approche d'intervention à privilégier, la thérapie comportementale dialectique serait de mise en axant davantage sur le développement d'habiletés interpersonnelles.

Quant aux usagers présentant un TUS et des troubles mentaux sévères et persistants, une intervention intégrée doit être à l'avant-plan en comprenant des services programmés et dispensés en même temps. Ces interventions incluent la motivation du client, un traitement ambulatoire, une thérapie cognitivo-comportementale, la réduction des méfaits et un soutien de réadaptation psychosociale (Kelly *et al.*, 2012; Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Rush *et al.*, 2002).

En ajout à ces interventions, l'approche de réduction des méfaits est recommandée pour tous les sous-groupes afin de favoriser l'accès aux services (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Rush *et al.*, 2002). Par ailleurs, le SAMHSA (2013) offre des lignes directrices en matière d'intervention auprès d'une clientèle présentant un trouble concomitant. D'abord, l'alliance thérapeutique est essentielle et l'un des meilleurs prédicteurs de la réussite de l'intervention (Hubble, Duncan, Miller et Wampold, 2010; Mee-Lee, McLellan et Miller, 2010; Najavits, Crits-Christoph et Dierberger, 2000). Il est primordial de l'établir et cela peut être fait à partir de diverses stratégies, telles que de maintenir une perspective de rétablissement (De Leon, 1996; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992), de gérer le contretransfert (Cramer, 2002; SAMHSA, 2013), de monitorer les symptômes psychiatriques (Blumenthal, 1988; SAMHSA, 2013), d'être empathique et soutenant (De Leon, 2000; Miller et Rollnick, 1991; Ormont, 1999), d'utiliser des méthodes culturelles appropriées (Jerrell et Wilson, 1997; SAMHSA, 2013) ainsi que d'augmenter la structure de soutien autour du client (SAMHSA, 2013).

### **Intégration des services**

En matière de modèles de dispensation de services, trois modèles principaux ressortent généralement dans la littérature (Deady *et al.* 2013; Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012; McCallum, Mikocka-Walus, Turnbull et Andrews, 2015; O'Neill et Lapalme, 2016). D'abord, une dispensation séquentielle signifie que les traitements de santé mentale et de dépendance sont donnés l'un après l'autre, en fonction d'un ordre prédéterminé (Deady *et al.*, 2013; Kalina et Vácha, 2013). La dispensation parallèle implique que les deux traitements sont reçus en même temps, mais indépendamment, par des dispensateurs de soins en santé mentale et en dépendance. Puis, une dispensation intégrée fait référence à des services portant sur les deux problématiques, offerts simultanément et selon un plan de traitement planifié, par des intervenants œuvrant en santé mentale ainsi qu'en dépendance (Deady *et al.*, 2013).

Dans cette dernière optique, il a été vu que, pour la majorité de combinaisons possibles entre troubles mentaux et TUS, il est préférable que les deux troubles soient traités en même temps (Brousselle *et al.*, 2010; McKee, 2017; Minkoff et Cline, 2004; Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Priester *et al.*, 2016; Skinner *et al.*, 2010). Le traitement intégré, recommandé par les meilleures pratiques, permet aux usagers d'avoir des soins de façon coordonnée et de pourvoir à d'autres besoins tels que le logement et la recherche d'emploi. Ce type de traitement continu favorise le maintien des bons résultats en thérapie, prévient les rechutes et répond aux besoins fondamentaux des personnes présentant un

trouble concomitant (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Rush *et al.*, 2002; Skinner *et al.*, 2010).

Il s'agit donc d'interventions planifiées et effectuées de manière simultanée. Les services devraient prendre en compte la motivation de l'individu afin de mieux soutenir sa réadaptation psychosociale. De plus, les interventions doivent relever de l'approche de la réduction des méfaits (Chauvet *et al.*, 2015; Rush *et al.*, 2002). De plus, les interventions en dépendance ajoutées à des traitements en santé mentale ainsi que les traitements intégrés très structurés s'adressant aux personnes ayant un trouble mental grave et persistant sont plus efficaces que les services habituels pour réduire la consommation (Brousselle *et al.*, 2010; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005; Drake, Bartels, Teague, Noordsy et Clark, 1993; Minkoff et Cline, 2004; O'Neil et Lapalme, 2016; Perreault, Perreault *et al.*, 2009).

Les éléments facilitants l'implantation de services intégrés incluent notamment des supervisions cliniques, des ressources financières suffisantes afin de soutenir l'intégration, une certaine stabilité du personnel ainsi qu'un monitoring de l'évolution du programme (Forsner, Hansson, Brommels, Wistedt et Forsell, 2010; McGovern, Lambert-Harris, McHugo, Giard et Mangrum, 2010; Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2003; Torrey, Tepper et Greenwold, 2011). À l'opposé, des facteurs identifiés comme nuisant aux services intégrés touchent la nature en silo des traitements en dépendance et en santé mentale

(Drake et Bond, 2010; Institute of Medicine [IOM], 2015). Également, les approches différentes concernant les traitements, les ressources financières, les philosophies d'intervention et, parfois, les emplacements géographiques des deux services sont d'autres obstacles à l'implantation des services intégrés (Gournay, 2016; Ridgely, Osher et Talbott, 1987).

Les effets observés de traitements intégrés sur les comportements de consommation comprennent une plus grande diminution de la quantité et de la fréquence de consommation d'alcool et de substances psychoactives, un taux d'abstinence plus élevé ainsi qu'un prolongement des périodes d'abstinence. Une augmentation de la motivation et de la confiance à pouvoir cesser de consommer et une baisse des symptômes de sevrage sont également possibles. Du côté des symptômes psychiatriques, les traitements intégrés ont permis une réduction des symptômes psychotiques, négatifs, dépressifs, anxieux, parasuicidaires et émotionnels (CSAT, 2005; Drake, Torrey et McHugo, 2003; Mueser, Torrey *et al.*, 2003; O'Neil et Lapalme, 2016).

Lorsqu'il y a intégration des services, le taux d'hospitalisation et la durée du séjour à l'hôpital se voient réduits, ce qui, entre autres, permet une diminution des coûts des services externes et internes. Le fonctionnement psychosocial et global est amélioré chez la clientèle ayant reçu ce type de service (O'Neil et Lapalme, 2016). Les bénéfices sur les deux troubles ont été observés à la fin du traitement ainsi qu'aux suivis de 24 mois (Petersen *et al.*, 2007). D'autres impacts positifs ont été constatés, à savoir une plus grande

réduction du nombre de besoins non comblés et du nombre d'arrestations. La clientèle recevant un traitement intégré connaît une amélioration au plan de divers facteurs. Notamment sur la qualité de vie, la satisfaction envers le traitement, l'alliance thérapeutique, la santé physique, la qualité du sommeil, du statut occupationnel, des finances et du temps passé en logement (O'Neil et Lapalme, 2016). L'intégration des services, comme stratégie d'intervention, revêt donc une importance particulière et appropriée pour cette clientèle (Brousselle *et al.*, 2010; Rush *et al.*, 2002; Burnett *et al.*, 2011; Chauvet *et al.*, 2015; Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Sacks *et al.*, 2013;).

Plusieurs études, dont la recension de O'Neill et Lapalme (2016), mettent en lumière un plus haut niveau de satisfaction face aux services intégrés chez les usagers ayant un trouble concomitant comparativement à ceux recevant les deux services séparément. En effet, quant au point de vue de la clientèle, une étude a révélé que les personnes ayant un trouble concomitant ont des niveaux de satisfaction particulièrement élevés par rapport aux services intégrés (Brousselle *et al.*, 2010; McCallum *et al.*, 2015; Schulte *et al.*, 2011). Dans le même sens, l'étude de Brousselle *et al* (2010) a également vérifié l'appréciation de patients présentant un trouble concomitant de santé mentale ou de TUS recevant un seul service (santé mentale ou TUS). Un écart notable entre les individus ayant une double problématique et ceux en ayant une seule a été constaté; la clientèle avec une double problématique était beaucoup moins satisfaite de recevoir un seul service (Schulte *et al.*, 2011).

Bien que l'intégration des services diffère d'un domaine à l'autre, elle est « le processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif » (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez., 2001, p. 41). Elle est définie comme un moyen utilisé par différentes sociétés pour pallier les difficultés de leur système de santé, incluant le fractionnement des services (Contandriopoulos *et al.*, 2001; Murthy et Chand, 2012; O'Neill et Lapalme, 2016; SAMHSA, 2013). En ce sens, certains facteurs justifient l'importance de développer cette intégration. D'abord, les attentes de la population par rapport aux services peuvent être contradictoires et élevées. Ensuite, des auteurs mettent en évidence que les sociétés sont liées à trois valeurs, à savoir l'équité, la liberté individuelle et l'efficience (Contandriopoulos *et al.*, 2001). Il est attendu que ces éléments s'appliquent également aux services, c'est-à-dire qu'ils soient équitables et efficaces envers tous, et qu'ils répondent au principe du choix libre et éclairé. L'intégration des services améliore considérablement l'efficience des services, et préserve également les deux autres valeurs (Contandriopoulos *et al.*, 2001; Novotná, 2014; SAMHSA, 2017).

Dans le même sens, l'expansion du système de services en santé et services sociaux ainsi que la préoccupation de l'État à équilibrer son budget en compressant les subventions allouées aux services entravent l'implantation de services intégrés (Burnam et Watkins, 2006; Contandriopoulos *et al.*, 2001; Fleury et Ouadahi, 2002; Novotná, 2014). Les auteurs insistent sur le fait que cette intégration permettrait de stimuler le système donnant ainsi l'occasion d'innover et répondant, de cette manière, aux attentes de la population



(Burnam et Watkins, 2006; Contandriopoulos *et al.*, 2001; Smith-Merry, Gillespie, Hancock et Yen, 2015).

Mueser, Noordsy *et al.* (2003) suggèrent deux manières de développer l'intégration des services, soit en important l'expertise du traitement de la dépendance aux services de santé mentale ou en formant une nouvelle gamme de services conçus pour ces deux problématiques à la fois. D'autres études ont démontré que l'efficacité de l'intégration des services repose sur le pont à faire entre ces deux services. De ce fait, plusieurs modèles de services pourraient être efficaces (Brousselle, Lamothe, Mercier et Perreault, 2007; Rush *et al.*, 2008).

Les traitements intégrés pour la clientèle ayant un trouble concomitant sont davantage le fruit d'un ensemble de principes et de valeurs plutôt qu'un modèle comportant des étapes préconçues. Ainsi, les traitements intégrés sont différents les uns des autres puisque certains privilégient certaines modalités de traitement (ex. approche individuelle) et que la disponibilité d'autres services dans l'environnement peut rendre l'expérience de l'utilisateur différente (McCallum *et al.*, 2015; Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2001). Pour les personnes souffrant de troubles graves et persistants, le modèle de traitement intégré, ou MIT, est le plus appuyé par des données probantes (Bartels et Drake, 1996; Drake, Yovetich, Bebout, Harris et McHugo, 1997; Meisler, Blankertz, Santos et McKay, 1997; McCallum *et al.*, 2015; O'Neill et Lapalme, 2016; Rush *et al.*, 2002). Il se définit spécialement par la dispensation des soins par une seule équipe multidisciplinaire.

Celle-ci mène un suivi intensif auprès de l'utilisateur et de sa famille. Le traitement effectué par l'équipe suit des étapes liées à la prédisposition au changement du client. Il s'agit d'un seul programme qui vise à intervenir sur les TUS et les problèmes de santé mentale en même temps, de façon cohérente et intégrée (Deady *et al.*, 2013; Mueser *et al.*, 2003). Bref, en matière de soins prodigués aux personnes présentant une double problématique, les guides des meilleures pratiques s'accordent pour dire que l'efficacité de ce modèle de traitement intégré est démontrée (O'Neill et Lapalme, 2016; Rush *et al.*, 2002; Sacks et Ries, 2005).

Cependant, une étude de Drake *et al.* (2008) effectuée sur les modalités entourant le traitement de personnes ayant un trouble grave de santé mentale et de TUS a révélé que la dispensation des services comportait certaines lacunes, notamment les problèmes d'arrimage entre les différents réseaux d'intervenants travaillant avec cette clientèle. Pour pallier à ces problèmes, les auteurs ont suggéré un modèle d'intégration verticale, c'est-à-dire des services dans lequel tous les cliniciens relèvent du même programme (Brousselle *et al.*, 2010; Conrad et Shortell, 1996; Fleury et Mercier, 2002; Fleury, Perreault et Grenier, 2012).

Le SAMHSA (2013) a développé un quadrant (voir tableau 3) classifiant les niveaux de soins en quatre groupes basés sur la gravité relative des symptômes, et non pas sur le diagnostic. Il aide à conceptualiser le traitement de l'utilisateur. En effet, la sévérité des besoins, du diagnostic, des symptômes et des déficiences va déterminer le niveau de soins.

De plus, il permet d'améliorer l'intégration des services en optimisant l'allocation des ressources puisqu'il réfère l'utilisateur aux services dont il a vraiment besoin.

Tableau 3

*Le quadrant des niveaux de soins (SAMHSA, 2013)*

Sévérité du TUS ↑	<b>Catégorie III</b>	<b>Catégorie IV</b>
	Trouble mental moins sévère	Trouble mental plus sévère
	TUS plus sévère	TUS plus sévère
	Lieu de soins : services de réadaptation en dépendance	Lieu de soins : Hôpitaux psychiatriques, résidences spécialisées, salles d'urgence, etc.
	<b>Catégorie I</b>	<b>Catégorie II</b>
	Trouble mental moins sévère	Trouble mental plus sévère
	TUS moins sévère	TUS moins sévère
	Lieu de soins : Soins de santé de première ligne	Lieu de soins : services de réadaptation en santé mentale
	Sévérité du trouble mental →	
	-	+

Le premier quadrant que l'on retrouve dans le tableau 3 inclut les individus ayant un TUS ainsi que des symptômes psychiatriques moins sévères. Ils peuvent bénéficier des services externes dans un programme de réadaptation en dépendance ou de santé mentale, avec la collaboration entre ces deux services au besoin. Il est également possible de les retrouver dans les services de première ligne en consultation pour un trouble de santé mentale et/ou un TUS.

La deuxième catégorie se rapporte aux personnes présentant un trouble mental sévère et persistant, habituellement identifiées comme étant prioritaires dans les services psychiatriques, et ayant un niveau bas de consommation (p.ex. en rémission ou rémission partielle). Ces usagers reçoivent des services continus de réadaptation en santé mentale et sont généralement bien desservis dans une variété de programmes pour des problèmes de santé mentale utilisant de la gestion de cas. L'intervention concernant le TUS étant moins intensive, celle-ci se fait durant le suivi en santé mentale (SAMHSA, 2013).

Le troisième quadrant comprend les personnes ayant un TUS sévère et des symptômes psychiatriques modérés ou bas. Elles ont souvent des services satisfaisants dans les programmes de réadaptation en dépendance. Dans certains cas, il peut y avoir un besoin de collaboration avec un programme pour troubles mentaux d'un organisme affilié. Enfin, le quatrième quadrant se divise lui-même en deux sous-groupes. Le premier se compose d'usagers ayant des troubles mentaux sévères et persistants qui ont aussi un TUS instable. L'autre sous-groupe comporte des individus avec un TUS et des troubles mentaux comportementaux (ex. violence, tendances suicidaires) sévères et instables, mais qui ne rencontrent pas les critères pour être dans le premier sous-groupe. Ces clients ont besoin de services intégrés intensifs pour leurs deux troubles (SAMHSA, 2013).

### **Mise sur pied d'un programme d'intervention intégrée**

En considérant la prévalence préoccupante du trouble concomitant de TUS et de santé mentale, la complexité associée aux services à mettre en place et le manque d'études

portant sur les traitements offerts à cette clientèle, notamment en ce qui a trait à l'intégration des services, il apparaît justifié de poursuivre les travaux en ce sens. En janvier 2014, un programme d'intervention intégrée a été mis sur pied conjointement par les services de réadaptation en dépendance (SRD) et l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Ce programme a pris la forme d'une co-intervention entre une intervenante spécialisée en santé mentale et un intervenant spécialisé en dépendance, et ce, afin de mieux rejoindre la clientèle institutionnalisée en raison de troubles psychiatriques importants et présentant également une problématique de consommation. Le 1<sup>er</sup> mars 2014, un premier groupe a été formé. La version utilisée au moment de la collecte de données de la présente étude, est une version révisée en novembre 2015.

Le programme correspond à une mise en commun des ingrédients de succès de plusieurs autres programmes de traitement. Entre autres, il est composé d'éléments provenant de celui des services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ, de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique du CIUSSS MCQ et du programme « Bon Trip Bad Trip » (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2014). Ce dernier est, à la base, une trousse d'animation ayant pour but de sensibiliser et d'informer les personnes présentant un trouble psychotique concernant les impacts de leur consommation d'alcool ou de drogues sur leur problème de santé mentale et les effets de leurs médicaments. Ainsi, une réflexion conjointe entre ces services ont permis

d'identifier des thématiques clés à aborder avec la clientèle en vue de la sensibiliser aux impacts de la consommation et à les préparer à la gestion de leurs envies de consommer. Ces interventions sont effectuées durant le suivi et se poursuivent après le retour dans la communauté afin de favoriser le maintien des acquis.

Il est pertinent de mentionner que depuis la création du programme, il a été adapté d'une cohorte à l'autre afin de mieux correspondre aux besoins des participants. Par exemple, les problématiques associées aux jeux de hasard et d'argent ont été incorporées dans le traitement. Initialement, le programme était dispensé sous le format d'interventions de groupe. Maintenant, il se donne en individuel ou en groupe, et parfois les deux, auprès de la clientèle hébergée à l'unité de traitement ou vivant dans la communauté suite à un séjour antérieur à l'unité de traitement. Essentiellement, il est dispensé généralement sous forme d'activités de groupes composés de quatre à cinq participants adultes, à une fréquence d'une fois par semaine. Les usagers y sont référés par l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du CIUSSS.

Pour être référé au programme, un problème de consommation doit être dépisté. À cet effet, le DÉBA – Alcool/Drogues (Tremblay, Rouillard, Sirois, 2004) ainsi que le NiD-ÉP (Rouillard et Tremblay, 2005) sont administrés pour évaluer la dépendance. Également, les participants au programme doivent avoir consommé dans les derniers mois. La présence d'un trouble psychotique constitue le critère pour l'aspect concernant

la santé mentale des usagers. Cependant, il peut y avoir d'autres diagnostics présents chez ces mêmes personnes, ce qui a été le cas des participants rencontrés.

Le but du présent projet est donc de s'attarder à l'expérience des différents acteurs de ce programme intégré afin de faire ressortir les points positifs ou acquis, mais aussi les points à améliorer, tant du point de vue des bénéficiaires des services que de ceux les dispensant. Les impacts perçus et les représentations des personnes concernées permettront d'apporter une vision expérientielle des services afin d'optimiser ces derniers. Ainsi, il s'agit d'une recherche qualitative de nature descriptive visant à explorer comment les services sont reçus et perçus par l'ensemble des acteurs de ce milieu. Les participants à cette étude sont des usagers présentant un trouble concomitant de santé mentale et de TUS engagés dans le programme intégré dispensé par l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du CIUSSS et les services de réadaptation en dépendance. Les intervenants responsables de dispenser le programme, le personnel cadre et les équipes cliniques des deux institutions font également partie des participants. Cette étude exploratoire vise à :

Objectif 1 : Documenter les perceptions de la clientèle sur le programme d'intervention intégrée quant à sa forme, son contenu, ses impacts et ses retombées.

Objectif 2 : Documenter les perceptions des intervenants qui dispensent le programme concernant son implantation, les retombées qu'ils constatent sur la clientèle

et sur le travail de collaboration entre les intervenants et les organismes impliqués (unité de traitement et services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ).

Objectif 3 : Documenter les perceptions du personnel cadre et des équipes cliniques qui œuvrent auprès de cette clientèle concernant l'implantation du programme, les retombées qu'ils constatent sur la clientèle et sur le travail de collaboration entre les intervenants et les organismes impliqués (unité de traitement et services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ).



## Méthodologie

### **Design de recherche**

Pour répondre aux objectifs de la recherche, la phénoménologie est le cadre théorique retenu. Celle-ci, prenant source dans la philosophie, a pour but d'étudier la conscience humaine. Elle est descriptive et compréhensive et a pour spécificité de mettre l'emphasis sur le vécu de l'individu et sur ses expériences subjectives. Elle permet ainsi d'illustrer les structures significatives internes du monde vécu. Elle a, entre autres, pour instruments de collecte de données l'entrevue qualitative ou le récit de vie, ce qui donne l'opportunité aux participants de dévoiler leur unicité (Anadón, 2006; Noiseux, 2010). L'approche qualitative est donc le design de recherche privilégié dans ce mémoire (Miles et Huberman, 2003). Elle est pertinente quant à la compréhension et l'exploration des phénomènes nouveaux. Elle est associée à des postures épistémologiques et théoriques permettant de mieux saisir l'expérience et le point de vue des acteurs sociaux. Notamment, les entrevues semi-structurées individuelles ou de groupe font partie des méthodes de collecte de données favorisant ce type de compréhension. Il s'agit de la raison pour laquelle ces modes de recueil de données ont été utilisés pour réaliser ce travail. L'approche qualitative repose sur une perspective naturaliste ainsi qu'une compréhension interprétative de la nature humaine (Anadón, 2006; Noiseux, 2010).

En résumé, la recherche qualitative permet de mieux connaître la complexité et valorise la subjectivité des participants, elle s'ouvre au monde de l'expérience, de la

culture et du vécu et valorise l'exploration inductive. Une force de ce type de recherche est de pouvoir influencer la pratique, tout en recueillant systématiquement les résultats dans une rétroaction constante. Le déroulement de la recherche peut ainsi être changé et bonifié (Anadón, 2006; Noiseux, 2010).

### **Milieus de recrutement**

Le recrutement des participants a été réalisé auprès des usagers engagés dans le programme d'intervention intégrée dispensé à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée en partenariat avec les services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ.

### **L'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du CIUSSS MCQ**

Cette unité offre des services, dont un milieu de vie, pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. En effet, ces personnes ont souvent une trajectoire de vie marquée par l'institutionnalisation. Par ailleurs, bien que les résidents soient autorisés à effectuer des sorties à l'extérieur, une procédure est mise en place lorsqu'il y a suspicion de consommation. Un test de dépistage de drogues de rue (DDR) est mis en œuvre et, si les résultats sont positifs, la personne peut être placée sous isolement durant trois jours ou elle peut être contrainte à demeurer dans sa chambre le temps que l'effet de la substance se dissipe.

Les résidents ont accès à une psychoéducatrice, des éducateurs spécialisés, un éducateur physique, une ergothérapeute et du personnel médical. De plus, un intervenant spécialisé en dépendance vient dans le milieu de vie deux fois par semaine pour y effectuer des interventions individuelles et de groupe avec la psychoéducatrice. Cette co-intervention se situe dans le cadre du traitement intégré faisant l'objet de ce mémoire.

### **Les services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ**

Ces services ont pour mission d'offrir des services à des personnes éprouvant des difficultés avec l'alcool, les drogues, les médicaments ou le jeu. Il s'agit donc de services de réadaptation et d'intégration sociale pour ces personnes ainsi qu'à leur entourage. Les services sont offerts en continuité et en complémentarité avec les partenaires concernés.

Plus précisément, des services de consultation, de dépistage, d'évaluation et de traitement, d'accompagnement, d'aide aux personnes de l'entourage, d'aide aux parents ainsi que des services spécialisés (services aux femmes enceintes et parents consommateurs et programme d'évaluation pour les personnes à risque de conduite avec facultés affaiblies) sont disponibles pour la clientèle présentant un TUS (CIUSSS MCQ, 2017).

### Participants

Le tableau 4 synthétise les informations au sujet des types et du nombre de participants. Il rapporte aussi les modes de recueil de données utilisés. Ces informations seront détaillées dans les paragraphes subséquents :

Tableau 4

*Types de participants et modalités de rencontre*

Modes de recueil de données	Participants	Nombre de participants (n)
Entretiens individuels semi-structuré	Usagers	6
Entretiens de groupe	Intervenants dédiés au programme	2
	Équipes cliniques de l'unité de réadaptation et de traitement psychiatrique de longue durée	12
	Équipes cliniques des services de réadaptation en dépendance	5
	Cadres responsables du programme de chacune des deux institutions	2
Consultation de dossiers cliniques	Usagers	6
Total	- Usagers	6
	- Intervenants dédiés, équipes cliniques et gestionnaires	21

## **Usagers**

Des usagers engagés dans le programme intégré en mode d'intervention individuel ou de groupe au cours de l'année 2015 à 2017 ont été invités à participer à l'étude. Six usagers du programme âgés de 24 à 34 ans (âge moyen de 31 ans) ont pu être rencontrés. Il en ressort que tous vivent de l'aide sociale, deux usagers ont un diplôme d'études secondaires et les quatre autres ne l'ont pas complété. Les amphétamines sont la principale substance consommée. Ils présentent tous au moins un trouble psychotique (schizophrénie). En raison du fait qu'il s'agit d'un milieu fermé, le taux d'abandon au programme est presque nul; quelques participants peuvent quitter le groupe, mais conservent un suivi individuel avec les intervenants, comme c'est le cas pour deux participants. Le tableau 5 présente leurs caractéristiques sociodémographiques. Il est à noter que des noms fictifs ont été utilisés pour les usagers rencontrés afin de respecter la confidentialité des participants.

Tableau 5

*Caractéristiques sociodémographiques et profil des participants*

Participants	Sexe	Âge	Niveau de scolarité	Revenu annuel	Diagnostic psychiatrique	Substance(s) consommée(s)
Josée	Féminin	32	Secondaire V complété  DEP non complété	Aide sociale	Schizophrénie. Trouble schizoaffectif, de type bipolaire.  Troubles de personnalité du groupe B avec traits limites principalement.	Cannabis et amphétamines (abstinence/rechute pour ces deux substances).  Tabac.
Maxime	Masculin	31	Secondaire V complété	Aide sociale	Schizophrénie de type désorganisé.  Trouble d'utilisation de substance (TUS).	Amphétamines (substance de choix)  Cannabis  Alcool
Jacques	Masculin	33	Secondaire V non complété	Aide sociale	Schizophrénie sévère réfractaire et traits de personnalité limite.  TUS. Antécédents de non observance à la médication.	Avant l'hospitalisation actuelle : consommation de cannabis régulière.  Amphétamines.  Alcool et cocaïne à quelques reprises.

Ève	Féminin	24	Secondaire I complété	Aide sociale	Schizophrénie paranoïde avec rémission partielle des symptômes. Déficit intellectuel léger d'origine multifactorielle. Traits de personnalité limite. Immaturité affective. TUS de psychostimulants. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) avec impulsivité prédominante, non traité vu les antécédents de consommation.	Amphétamines (abstinence/rechutes). A cessé la cocaïne, l'alcool et le cannabis.
Camil	Masculin	34	Secondaire III complété	Aide sociale	Schizophrénie paranoïde. Traits de personnalité du groupe B. Polytoxicomanie en rémission aigue.	Amphétamines Consommation régulière de cannabis durant six ans selon le NiD-ÉP.
Simon	Masculin	34	Secondaire IV complété	Aide sociale	Trouble schizoaffectif de type bipolaire. Traits de personnalité antisociale. TUS de psychostimulants. Trouble déficitaire de l'attention. QI limite. Impulsivité majeure. Auto-strangulation compulsive.	Amphétamines, cocaïne et THC.  Selon le NiD-ÉP consulté en 2017, la consommation actuellement serait faible.



### **Intervenants, cadres et équipes cliniques**

Les trois catégories de répondants suivantes ont été rencontrées en focus groups. D'abord, les intervenants responsables de dispenser le programme ( $n= 2$ ) sont âgés respectivement de 42 et 44 ans, l'un d'eux détient une maîtrise en psychoéducation tandis que l'autre possède un baccalauréat ainsi qu'un diplôme de 2e cycle en intervention en toxicomanie. Le nombre d'années au service pour leur employeur est de six ans pour l'un et de 16 ans pour l'autre.

L'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée était constituée de 12 personnes âgées de 23 à 58 ans (âge moyen 42 ans), à savoir quatre hommes et huit femmes, dont les niveaux de scolarité varient d'un diplôme d'études professionnelles à une maîtrise. La nature de la formation des employés regroupe l'enseignement en éducation physique et à la santé (1 personne), une technique d'éducation spécialisée (5), les soins infirmiers auxiliaires (3), les soins infirmiers (2) ainsi que l'ergothérapie (1). Le nombre d'années d'expérience au sein de l'établissement va de deux années et demi jusqu'à 32 ans (moyenne 17 ans).

De son côté, l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance, dans ce point de services, était formée de cinq personnes âgées de 24 à 57 ans (moyenne 41 ans), à savoir quatre femmes et un homme. Leurs formations académiques sont un baccalauréat en psychologie avec certificat en toxicomanie, un diplôme d'études collégiales (DEC) en techniques de travail social et en techniques d'éducation spécialisée, une maîtrise en

psychologie et un DEC en soins infirmiers. Le nombre d'années au service de l'employeur va de deux jusqu'à 27 ans (moyenne de 12 ans).

Les cadres responsables du programme de chacune des deux institutions concernées sont âgés de 34 et 55 ans, l'un détenant un baccalauréat en criminologie alors que l'autre possède un baccalauréat en psychoéducation ainsi qu'un diplôme d'études spécialisées en gestion des organisations. Ils avaient trois et deux ans d'expérience à titre de gestionnaire au sein de leur établissement respectif au moment de la collecte de données.

Les rencontres avec ces participants, durant en moyenne 75 minutes, ont permis de mieux connaître et comprendre l'implantation du programme intégré, les perceptions des impacts de ce programme, les difficultés rencontrées et les pistes d'amélioration à envisager.

### **Procédure de recrutement**

#### **Usagers**

Deux modalités de recrutement ont été privilégiées en fonction des usagers bénéficiant d'un suivi individuel ou de groupe. Pour ceux qui étaient en groupe, lors de la première activité du programme, l'équipe de recherche a rencontré les participants en groupe le 18 avril 2016 afin de leur présenter sommairement le projet. Une rencontre était convenue avec ceux qui acceptaient de participer au projet quelques semaines après la fin du programme, selon les disponibilités des usagers et des locaux de l'unité de traitement

et de réadaptation psychiatrique. Au moment de cette rencontre, le formulaire de consentement était présenté et signé. Une copie était remise au participant et l'autre était conservée par l'équipe de recherche. L'entretien débutait alors par la suite.

Pour les usagers en suivi individuel, le rôle des intervenants dédiés au programme d'intervention intégrée consistait à : 1) informer les usagers qu'un projet est en cours afin de recueillir leurs perceptions concernant les retombées du programme d'intervention en santé mentale et dépendance et de sonder leur opinion sur la forme, le contenu et l'implantation de ce programme; 2) obtenir leur consentement afin de convenir d'un rendez-vous avec l'équipe de recherche pour procéder à la signature du formulaire d'information et de consentement permettant de procéder à l'entrevue (voir annexe 1). Les usagers qui ont accepté de participer au projet ont été conviés à l'entretien à une date déterminée par les intervenants dédiés.

### **Intervenants, cadres et équipes cliniques**

De façon indépendante, les membres du personnel ont été rencontrés lors de quatre focus groups (Boutin, 2008; Krueger et Casey, 2003) : les intervenants dédiés au programme, les cadres responsables, l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance et l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du CIUSSS. Cette catégorie de participants a été sollicitée par le répondant du projet au sein de leur établissement. Les rencontres avec les gestionnaires et intervenants dédiés au programme ont été convenues selon les disponibilités des

participants et des interviewers, alors que les focus groups réalisés auprès des équipes cliniques se sont déroulés dans chaque établissement lors d'une rencontre clinicoadministrative.

### **Modes de recueil de données**

Trois modes de recueils de données ont été utilisés, soit le focus group, l'entretien individuel semi-dirigé et la consultation de dossiers.

#### **Focus group**

Le focus group est une méthode de collecte de données utilisée en recherche qualitative. Il s'agit d'un groupe de discussion où un ou des interviewers animent un petit groupe de personnes en vue de mieux connaître leurs points de vue et leurs réactions sur un sujet donné (Noiseux, 2010; Turcotte *et al.*, 2009). Il existe plusieurs utilités aux focus groups. Ils offrent un environnement interactif où les participants peuvent partager leurs réflexions, compétences, connaissances et s'écouter les uns les autres sur leurs expériences (Hare, Blumberg, Davies et Kent, 1995; Ivanoff et Hultberg, 2006; Krueger et Casey, 2003). Les focus groups peuvent faciliter la prise de décision des personnes concernées qui utilisent les découvertes découlant de l'ensemble des focus groups (Krueger et Casey, 2003). Puisque ces groupes visent à mieux comprendre un sujet, les gens ayant à prendre des décisions peuvent faire un choix mieux éclairé. Aussi, les focus groups permettent le développement de programmes, en mettant en lumière comment les personnes concernées par le programme voient, comprennent et évaluent le sujet et de

quelle manière elles en parlent (Krueger et Casey, 2003; Turcotte *et al.*, 2009). Leurs perceptions, leurs pensées et leurs sentiments peuvent être mis au service du programme afin de l'améliorer. Dans le même sens, cela peut aussi donner l'occasion d'évaluer la satisfaction, d'identifier les points forts ainsi que les conditions ou circonstances entourant la satisfaction des participants face au programme (Côté-Arsenault et Morrison-Breedy, 1999; Krueger et Casey, 2003; Turcotte *et al.*, 2009). Ces groupes donnent ainsi l'occasion d'évaluer les besoins, d'augmenter la qualité des services et peuvent servir comme instrument à la recherche (Krueger et Casey, 2003; Turcotte *et al.*, 2009).

Toutefois, il est possible que certains participants puissent être timides et n'oseront pas exprimer certains de leurs sentiments ou perceptions devant les autres par peur d'être jugés. Aussi, l'ordre et la formulation des questions peuvent influencer ces personnes (Boutin, 2008).

### **Entretien individuel semi-dirigé**

L'entretien individuel qualitatif est spécialement adapté aux recherches effectuées dans des domaines comme la psychoéducation, l'éducation, la psychologie et le travail social (Boutin, 2008; Denzin et Lincoln, 2005; Marshall et Rossman, 2006). Ce type d'entretien comporte un continuum allant d'entrevues non-dirigées à des entrevues semi-dirigées. L'entretien est dit semi-dirigé quand le chercheur a préalablement conçu un guide d'entretien comportant des questions ouvertes regroupées en thèmes (Noiseux, 2010).

Le but est de comprendre le sens d'un phénomène tel qu'il est perçu par les participants. Il s'agit d'une interaction entre le chercheur et le répondant. C'est un moyen permettant de saisir la compréhension et la perception des acteurs sociaux quant à leur réalité à travers l'accès à leur point de vue. Le sens donné aux actions et aux comportements peut être mieux saisi. De plus, cela donne l'occasion à des groupes souvent qualifiés de marginaux ou de déviants de prendre la parole (Poupart, 1997). Poupart (1997) ajoute que ce type d'entrevue permet la collecte d'informations privilégiées sur des groupes sociaux qu'il serait impossible d'obtenir sans l'aide d'informateurs, à savoir les participants. Il s'agit d'une méthode de collecte de données (Mucchielli, 2009; Seidman, 2006) pertinente pour ce projet en raison du fait qu'elle permet de recueillir le point de vue de personnes, ce qui est un objectif important pour ce mémoire, en plus de comporter des critères de validité, de fidélité, de crédibilité et de fiabilité (Laperrière, 1997; Savoie-Zajc, 2000).

L'entretien individuel se fait donc avec un nombre limité de participants puisque l'idée générale est de comprendre un phénomène à travers la perspective de l'autre et non pas de décrire une population générale (Baribeau et Royer, 2012; Boutin, 2008; Gaudreau et Lacelle, 1999; Seidman, 2006).

Les entrevues semi-dirigées permettent une certaine flexibilité; l'interviewer peut s'adapter et diriger la conversation en fonction des réponses données par le participant. Donc, l'ordre des questions n'est pas fixe, quoique les mêmes éléments centraux sont

discutés d'une entrevue à l'autre. Cependant, une préparation afin d'être familier avec les principaux points à aborder est nécessaire (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2017).

### **Consultation du dossier clientèle**

En vue d'établir un portrait détaillé de la clientèle qui participe à ce programme, les dossiers cliniques des usagers conservés par l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée ont été consultés pour préciser le diagnostic de santé mentale. Également, les dossiers de ces mêmes usagers tenus par les services de réadaptation en dépendance ont servi à documenter le niveau de gravité de la consommation de chaque usager. Les données recueillies au sein du dossier des SRD ont permis de documenter les substances consommées par les usagers. Une demande a été faite au directeur des services professionnels pour obtenir l'autorisation de consulter les dossiers des SRD et de l'unité de traitement. L'objectif était de connaître plus précisément les résultats des évaluations effectuées afin d'en savoir plus sur le ou les diagnostics qui expliquaient le séjour à l'unité de réadaptation et de traitement psychiatrique de longue durée du CIUSSS. La consultation des dossiers aux deux endroits a eu lieu le 27 juin 2017 et les informations ont été colligées dans le tableau 5.

## **Déroulement de la collecte de données**

### **Usagers**

Les usagers (n = 6) ont été rencontrés en entrevue individuelle entre le mois de juillet 2016 et le mois d'avril 2017. Quatre d'entre eux ont été vus à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique de longue durée du CIUSSS MCQ, un dans les locaux des services de réadaptation en dépendance et un dans sa résidence supervisée. Lors de chaque entrevue, le formulaire de consentement a été présenté et expliqué. L'utilisateur signait le formulaire, en gardait une copie, et l'entrevue débutait ensuite. Elles étaient enregistrées sur bande audio et duraient environ 60 minutes. Enfin, dans le but de dresser un portrait des participants, un questionnaire sociodémographique a été rempli.

### **Intervenants, cadres et équipes cliniques**

Les focus group réalisés auprès des équipes cliniques (n= 2) se sont déroulés lors de réunions clinico-administratives alors que les cadres (n=1) et les intervenants dédiés (n=1) ont été rencontrés en groupe suite à un rendez-vous. Ces focus groups se sont déroulés entre les mois de novembre 2015 et mars 2016 et duraient entre 60 et 90 minutes. Les forces, les points à améliorer du programme intégré ainsi que la collaboration entre les deux établissements étaient les points à explorer durant les entretiens. Un questionnaire sociodémographique a été complété avec ces participants également. Ces entrevues ont eu lieu en présence de l'une ou l'autre ou les deux chercheuses et étaient enregistrées afin de faciliter la transcription des verbatim.



### **Analyses**

Les entretiens et les focus groups étaient enregistrés sur un appareil audio numérique et ont été transcrits sous forme de verbatim en modifiant les noms propres des participants pour des noms fictifs. Des techniques spécifiques à l'analyse de contenu thématique ont été appliquées aux verbatim afin de réduire le matériel (Wanlin, 2007). Ce type d'analyse, réalisé grâce au logiciel NVIVO10, a été produit pour l'ensemble des entrevues. Il s'agit de repérer dans le matériel les thèmes jugés pertinents aux objectifs de la recherche, de les regrouper en catégories et de dégager les points de convergences et de divergences des propos des répondants au sujet de ces catégories (L'Écuyer, 1987; Paillé et Mucchielli, 2003).

En ce qui a trait à la construction de l'arbre thématique, nous avons choisi d'effectuer une thématisation séquentielle (Paillé et Mucchielli, 2003). Ainsi, nous avons analysé une partie du corpus afin de ressortir les principaux thèmes et d'élaborer une première grille de codification ou arborescence. Les guides d'entretien ont d'abord servi de point de départ comme thèmes prédéterminés de la grille. Cette version a ensuite été mise à l'épreuve et bonifiée à partir du contenu émergent de deux entretiens en étant appliquée à un verbatim par l'équipe de recherche. Les membres de l'équipe ont ensuite comparé les résultats entre eux pour voir s'il y avait une correspondance (processus d'accord interjuges). La grille a ensuite été modifiée et appliquée à un second verbatim, ce qui a donné lieu à d'autres changements à la grille de codification. Une troisième et dernière version de celle-ci en est alors ressortie. Une fois la grille de codification établie.

tous les verbatim ont été codifiés. Une analyse transversale du matériel codifié dans chaque catégorie a permis de dégager les points de convergence et de divergence dans les propos des répondants.

### **Considérations éthiques**

Dans le cadre de ce projet impliquant des participants humains, une demande de certificat éthique a été déposée au Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR ainsi qu'au Comité d'éthique de la recherche en dépendance (CÉRD). Les comités ont approuvé ces demandes et la collecte de données a pu commencer. Le numéro de certificat d'éthique du CÉRD étant le CERD 2015-174 et celui du Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR le CER-15-215-07.25. Lors de la signature du formulaire d'information et de consentement, les participants ont reçu les coordonnées des comités d'éthique de l'UQTR et du CÉRD et ont été invités à ne pas hésiter à les contacter en cas d'insatisfaction ou de commentaire concernant le projet de recherche. Lors de la rédaction des verbatim, toutes les données nominatives (noms propres, noms de ville, etc.) ont été remplacés par des noms fictifs en vue d'assurer l'anonymat des participants.

### **Conservation des données**

Les données nominalisées, version papier (formulaires de consentement à la transmission des informations confidentielles, formulaire de consentement à la participation) ont été conservées dans des classeurs séparés dans les locaux de la Chaire de recherche du Canada de Natacha Brunelle au Département de psychoéducation de

l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les personnes y ayant accès étaient l'équipe de recherche (Émilie Sauvageau, Natacha Brunelle et Nadia L'Espérance). Quant aux fichiers audio, ils ont été mis sur un ordinateur de la Chaire de recherche, accessibles avec un mot de passe seulement pour l'équipe de recherche. Les données seront détruites sept ans après la fin du projet, tel que convenu avec les comités d'éthique.

## Résultats

## **La clientèle du programme**

Les propos rapportés par les intervenants dédiés, les gestionnaires et les membres des équipes cliniques concernant les caractéristiques de la clientèle permettent de mieux comprendre les caractéristiques psychologiques et les habitudes de consommation de ces usagers, les raisons pour lesquelles ils consomment, leur motivation au changement, leur compréhension de leurs conditions, les contraintes qu'ils vivent ainsi que les défis de l'intervention auprès des clients.

### **Caractéristiques psychologiques et habitude de consommation**

De façon générale, les usagers ont été décrits par les membres du personnel cadre, de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique ainsi que par les intervenants dédiés comme étant des adultes souvent judiciairisés et considérés comme ayant des pathologies de santé mentale sévères, complexes et persistantes. Principalement, il s'agit de troubles psychotiques, quoique d'autres diagnostics peuvent s'y rattacher. À cet effet, les intervenants dédiés ajoutent qu'il s'agit essentiellement de schizophrénie, avec quelques cas de trouble bipolaire et de dépression majeure. L'anxiété et les traits de personnalité antisociale ne sont pas rares selon le portrait brossé par les intervenants. Ces personnes ont besoin d'un encadrement intensif et ont de la difficulté à se stabiliser dans un milieu autre que psychiatrique. Ils notent que les substances psychoactives (SPA) les plus consommées par la clientèle sont les amphétamines. La consommation est dépeinte

comme étant des épisodes aigus liés au trouble mental. De plus, certains mentionnent que l'interaction entre les SPA consommées et la médication peut désorganiser les usagers et peut les rendre violents.

L'analyse des dossiers cliniques de la clientèle va dans le même sens que les propos rapportés par les cliniciens. En effet, les six usagers rencontrés ont tous un diagnostic issu du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques; cinq d'entre eux ont un diagnostic principal de schizophrénie, combiné à d'autres diagnostics variables d'une personne à une autre, et un seul présente un trouble schizoaffectif sans schizophrénie. Dans le même sens de ce qui a été rapporté par les cliniciens, tous ont un diagnostic de trouble d'utilisation de substances (TUS). Le cannabis et les amphétamines sont des substances consommées par les six usagers rencontrés. L'utilisation d'alcool était présente chez quatre d'entre eux et la cocaïne chez trois usagers. Il s'agit d'une clientèle qui entre et sort des services selon leur capacité à fonctionner dans la communauté. Le TUS lié aux amphétamines faisant partie des principales problématiques de ces usagers, cela est congruent avec les propos rapportés par les gestionnaires rencontrés. Ces derniers faisaient aussi référence aux longues durées d'hospitalisation de la clientèle, et, en ce sens, les dossiers consultés font état de durées allant de 3 à 17 ans (moyenne de 7,8 ans). Il faut cependant mentionner qu'il a été impossible de connaître la date d'entrée dans les services de l'unité de traitement psychiatriques de l'un des usagers vus.

Des personnes travaillant au sein de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique rapportent que la consommation de SPA affecte la participation aux activités de ce milieu de vie. Lorsque la consommation des résidents nuit à leur fonctionnement et qu'ils présentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, ils sont confinés à leur chambre momentanément, ce qui entraîne une augmentation du taux d'absentéisme dans le programme. Ainsi, ceci peut affecter le climat des activités, car il y a moins de participants et l'intégration face aux pairs s'en retrouve diminuée. Par ailleurs, l'aspect de consommation augmente le niveau de violence chez certains usagers, en plus de les désorganiser davantage. Les intervenants dédiés ont constaté que la prise de stimulants augmente considérablement les risques de faire une psychose, ce point étant aussi mentionné par les gestionnaires. Ils voient de façon différente les usagers présentant deux problématiques simultanées de ceux qui ont l'un ou l'autre de ces troubles. L'un des membres du personnel s'est exprimé à ce sujet :

Cette clientèle-là, il y a une dynamique psychiatrique. Quand ils consomment, ils vont... aussitôt qu'ils consomment, c'est la psychose, c'est vraiment le délire là. (Chandler, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Les propos ci-dessus vont de pair avec le portrait brossé de la clientèle par certaines études. Ces dernières indiquent que les personnes présentant une double problématique de TUS et de troubles mentaux sont plus à risque de rechutes psychotiques, d'épisodes dépressifs, d'actes de violence et de conduites criminelles (Potvin et Stip, 2007). Ces personnes ont aussi plus de difficultés à résoudre des problèmes ou à relever des défis de

tous les jours (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Perreault, Perreault *et al.*, 2009).

### **Raisons de la consommation**

Certaines personnes de l'équipe clinique de l'unité de traitement constatent que les usagers expriment parfois un plus grand sentiment de bien-être sous l'effet de SPA. La consommation diminuerait leur souffrance, ce qui la rendrait préférable à l'abstinence totale de consommation.

Le contrôle et la liberté de choisir sont aussi une grande différence nommée par des membres du personnel de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique entre la médication obligatoire de l'unité de traitement et la consommation de SPA. Ils expliquent que les usagers choisissent de consommer des substances psychoactives, alors que la médication qu'ils prennent pour traiter leur trouble psychiatrique leur est imposée. Par ailleurs, la médication rendrait les usagers plus amorphes et, considérant que la prise de stimulants combat cet effet, cela en ferait un motif de consommation de ces substances.

Ils vont exprimer qu'ils sont mieux gelés sur les amphétamines que d'être à jeun. J'ai l'impression qu'ils ont moins de souffrance, ils ne sont comme pas là... Tandis qu'avec nos médicaments, c'est routinier, ils sont obligés, là. [Avec les SPA] c'est eux autres qui décident de consommer, ce n'est pas nous qui leur mettent dans la bouche (Cécilia, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).



Quant à eux, les gestionnaires parlent d'épisodes aigus en lien avec le trouble mental. Ils nomment que la consommation de la clientèle serait par épisode et que ces épisodes sont en lien avec leur trouble de santé mentale.

C'est des gens [les usagers] qui abusent de psychotropes par épisode, épisode aigu relié souvent à leur problème de santé mentale (Paul, gestionnaire).

Du point de vue de quelques usagers, la consommation serait associée au plaisir et procurerait le sentiment d'être heureux. Certains expliquent se sentir bien sous l'effet de SPA et d'oublier temporairement certaines de leurs difficultés.

[La drogue] n'est pas juste pour oublier, c'est pour vivre des bons moments... les responsabilités que l'on a étant adulte... faut les respecter, mais pas toujours y penser puis à devenir fou là (Camil, usager).

Une fois de temps en temps, ça fait du bien de [consommer], tu te sens mal [ensuite] tu tombes buzzé. Ça fait juste du bien être buzzé dans ces temps-là (Josée, usagère).

D'autres raisons exprimées par les usagers pour consommer des SPA touchent le fait de pouvoir méditer, d'augmenter leur créativité et introspection. La consommation semble être comprise comme un moyen de faciliter les discussions entre les personnes sur des sujets qui les intéressent.

La drogue ça semble être le meilleur outil pour passer le temps ... On trippe ensemble. Il y en a qui faisaient des idées d'invention quand ils consommaient, c'était l'fun de vivre ça et d'en parler. C'était très intéressant. On a des bons buzz (Maxime, usager).

Des usagers associent le fait de « perdre la carte » avec la capacité « de se laisser aller ». Cela procurerait alors un sentiment de liberté et un état de bien-être. D'autres font part de désirs intenses et plus forts qu'eux de consommer.

Si je consomme, c'est à cause que j'ai besoin de m'égarer un peu là. ... Je me vois aller ... Si je ne voulais pas être gelée, bien, je ne prendrais pas de drogue (Josée, usagère).

Mais je ne suis pas à l'abri d'une rechute, parce que c'est tellement rare que je consomme que des fois... je pars sur des coups de tête ... Je ne réfléchis pas, je sais que j'ai la volonté de consommer et que... Ça m'a toujours attiré (Josée, usagère).

Enfin, plusieurs usagers ont rapporté que de discuter de consommation en rencontre de groupe ou individuelle suscite une envie de consommer.

J'avais de la misère à y assister [aux rencontres de groupe] parce que ça me redonnait le goût de consommer de la drogue ... parce qu'on parlait de la consommation.... (Camil, usager).

Certains usagers parlent de leur réseau social qui est composé de consommateurs et que cela peut rendre plus difficile leur traitement en dépendance. Le fait de voir leurs pairs sous l'effet de la consommation peut les inciter à une rechute. Il s'agit parfois de la seule activité pratiquée avec leurs amis.

Ça prend du monde fiable, même s'ils consomment. ... Mais, quand je vois quelqu'un qui est gelé là, automatiquement j'ai le goût de me geler. Même s'il a l'air bien pucké, et qu'il est bien laid, et qu'il a l'air mal propre tellement qu'il a consommé ... je ne sais pas comment je vais faire pour m'infiltrer dans la société parce que tout le monde que je connais consomme (Josée, usagère).

### **Motivation au changement du comportement de consommation**

Des membres du personnel des deux institutions font état d'une motivation au changement du comportement de consommation plus difficile en raison de la présence de troubles mentaux chez les usagers. Ils voient un plus haut taux de rechute et une récurrence dans la consommation chez ceux-ci. De ce fait, un sentiment d'impuissance chez le

personnel de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique est nommé. Aussi, ils constatent que l'ambivalence des usagers face à la consommation rend plus difficile le travail avec eux, car le déni est plus présent et cette clientèle particulière a une motivation plus faible que celle ne présentant qu'un TUS.

Il faut vraiment s'adapter à ce que ça implique les problèmes de santé mentale et les symptômes que les personnes vivent ... ça va leur demander plus d'efforts peut-être que quelqu'un qui ne vit pas certains symptômes... Puis la façon qu'on peut s'adapter aussi, c'est d'essayer d'aller chercher les services autour pour travailler ensemble sur les deux domaines en fait : la consommation et la santé mentale, pour permettre à des personnes d'atteindre ses objectifs (Samantha, membre de l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance).

Les conséquences qu'impose l'établissement face à la consommation et les règles de vie associées nourrissent la colère des usagers, ce qui diminue leur motivation et rend le travail des intervenants plus difficile. Aussi, il n'est pas rare de voir certains usagers refuser de signer leur plan d'intervention, car ils ne se l'approprient pas.

Et on ne pourrait pas travailler une réduction des méfaits, on ne peut pas travailler un processus de rechute parce qu'ici c'est tolérance zéro ... ils viennent d'être confinés, perte de privilège, ils sont fâchés, négocient la médication. Donc, il faut aller les remotiver, mais ils ne voient pas l'utilité ... Si on parle juste de la réduction des méfaits ici, les oreilles vont friser au centre, mais c'est correct... (Stéphanie, intervenante dédiée).

Quelques usagers trouvent que les intervenants dédiés sont des personnes aidantes, qualifiées et qui ne sont pas autoritaires. Ces qualités ont un effet sur la motivation des usagers à participer aux rencontres et à diminuer leur consommation. Un usager a mentionné ne pas savoir ce que les rencontres peuvent lui apporter, ne pas vouloir changer,

ne pas aimer se faire parler de sa consommation, mais sentir qu'il a une place dans le groupe de Vincent et Stéphanie.

C'est parce ça ne me donne rien d'en parler, je n'ai pas le goût de rien changer. J'ai le goût d'être libre et de faire ce que j'veux [...] Je n'ai rien à dire à propos de ma consommation (Jacques, usager).

Il faut que je me passe de drogue, ça c'est sûr, c'est pour ça que je suis à Domrémy [ancienne appellation pour les services de réadaptation en dépendance]... ce serait une autre personne moins qualifiée que Vincent et Stéphanie, j'aurais peut-être dit 'fuck off... je consomme puis c'est tout puis s'ils veulent m'envoyer en thérapie, bien j'aimerais mieux me rendre en prison ou en psychiatrie' mais ce n'est pas le cas. J'essaie de faire des progrès, mais ça ne se fait pas en un jour là... (Camil, usager).

Selon les intervenants dédiés, la majorité des usagers maintiendraient des comportements de consommation en sachant les risques associés et qu'il s'agit de la raison pour laquelle ils ont un suivi avec les services de réadaptation en dépendance (SRD). Un autre facteur justifiant le besoin de suivi avec les SRD est le fait que l'hospitalisation éloignerait la clientèle de la consommation, ce qui lui donnerait le sentiment que le TUS est réglé. Ainsi, lorsque les personnes sortent du cadre hospitalier, le risque de rechute se trouve augmenté.

D'autres disent : « bien moi je vais m'en occuper quand je serai sorti de l'hôpital », d'autres : « ah bien j'irai voir les services de réadaptation en dépendance quand je vais être sorti de l'hôpital ». Donc, ils vont toujours reporter le problème ou, en tout cas, le traitement par rapport à la consommation (Stéphanie, intervenante dédiée).

J'ai demandé une médication que je pouvais mélanger avec la drogue et l'alcool. J'ai été prévenante, j'ai dit : « c'est sûr que si je suis soumise à vos règlements, le temps que je suis dans un établissement, je pense que... je vais consommer moins, mais ça ne m'empêchera pas de consommer, imagine-toi dehors. Sûrement que je vais partir sur la dérape. » (Josée, usagère).

Bien que conscients de la possibilité d'avoir des comportements à risque sous l'influence de SPA, de l'interaction avec la médication ou de la possibilité de faire une surdose, certains des usagers rencontrés disent persister dans leurs habitudes de consommation car ils aiment les effets. D'autres ont vécu une mauvaise expérience et il s'agit de l'élément déclencheur de l'arrêt de leur consommation.

Non, je ne me gèle plus, ça fait 575 jours... je ne touche plus à ça, je suis paranoïaque... je suis un paranoïaque, je ne peux plus me geler... (Simon, usager).

Un coup que t'as essayé l'effet de la drogue, c'est dur de s'en passer puis ce n'est pas juste pour oublier, c'est pour vivre des bons moments (Camil, usager).

### **Compréhension de leurs conditions et contraintes**

Les propos des intervenants dédiés ainsi que d'une majorité d'employés de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique convergent sur le fait que la majorité des usagers ne reconnaissent pas leur problème de consommation et leur trouble de santé mentale. Cependant, le trouble de consommation serait mieux accepté que la condition psychiatrique, ce qui constitue une porte d'entrée en intervention.

Le trouble de consommation est peut-être plus accepté que la maladie. Donc, la porte d'entrée pour travailler toutes sortes de problèmes va se faire par la consommation (Stéphanie, intervenante dédiée).

La plupart des gens, c'est tous des niveaux différents, il y en a beaucoup qui sont en contemplation, c'est de créer le lien avec la discussion, pour les faire basculer un peu, faire basculer l'ambivalence puis que les gens décident de cesser la consommation, mais on a beaucoup de gens qui sont encore en pré-contemplation dans les groupes (Annie, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Des membres du personnel rapportent que les usagers ne sont pas présents sur une base volontaire et que cette contrainte est nécessaire pour l'exposition au traitement. Il s'agit aussi d'une clientèle non volontaire pour la participation au groupe et les psychiatres sont mis à contribution pour référer ou obliger la participation au programme. De plus, certains usagers ont des obligations envers le Tribunal Administratif du Québec (TAQ), incluant l'abstinence de consommation, entre autres.

Des fois, ils vont y aller avec un nanane, donc on va lui autoriser une sortie de plus s'il participe à votre groupe. Des fois, on va aller chercher ça [une obligation à participer] parce qu'on sent qu'il y a un pic ou qu'il a une sortie, il faut la travailler [pour prévenir la rechute] (Stéphanie, intervenante dédiée).

On a un objectif de changement par rapport à l'arrêt de la consommation ou la réduction, mais la plupart c'est l'arrêt de la consommation, parce qu'ils sont à l'hôpital (Vincent, intervenant dédié).

À cause des conditions du TAQ (Stéphanie, intervenante dédiée).

**Règles de vie.** L'environnement de l'unité de traitement est décrit comme suivant une approche médicale et passant par la perte de privilèges, le confinement, l'isolement et les tests de dépistage. La prise de médication pour les résidents ayant un trouble psychotique est obligatoire. L'abstinence à la consommation d'autres SPA fait partie des règles de vie. Dès lors, si une personne consomme, elle peut être confinée trois jours sur l'unité, sans sortie. Si un usager tente d'avoir recours à la violence, des moyens de contention peuvent être utilisés. Suite à une contention ou un confinement, les résidents sont réintégrés aux activités de vie le plus rapidement possible.

Les points de vue sont divergents à propos des règles de vie. Un questionnaire parmi des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation

psychiatrique a émergé sur la meilleure façon d'intervenir auprès de cette clientèle, l'hésitation se faisant entre la punition ou la réduction des méfaits, en tenant compte des avantages et inconvénients de chacun. Certains membres de cette équipe croient que l'approche mise en place actuellement apporte des résultats et qu'il y a moins de consommation dans un tel système, plutôt qu'un système basé sur la réduction des méfaits. D'autres pensent qu'il serait préférable de récompenser les comportements souhaités et d'instaurer la réduction des méfaits. Les intervenants dédiés ont soulevé que l'absence de réduction des méfaits n'est pas congruente avec le programme.

À travers tout le personnel, il y a différentes perceptions de ces règles-là. Il y en a qui voudraient que ce soit beaucoup plus strict, il y en a qui voudraient que ce soit un peu plus flexible. La ligne de conduite fait en sorte que, même à travers les équipes, il y a différentes visions, puis il faut conjuguer avec ça, et c'est une difficulté supplémentaire (Chandler, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

J'aimerais qu'on ait un programme de réduction des méfaits qui les récompenserait, que ce soit une récompense plutôt qu'une punition. On ne sait pas trop comment le faire, automatiquement quand on a des DDR positifs, c'est la conséquence qui s'en vient, c'est dur de garder notre lien de confiance (Tracy, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Des dépistages de drogues de rue (DDR) sont effectués sur les résidents soupçonnés d'avoir consommé, alors que pour d'autres qui ne sont pas suspectés, des DDR aléatoires sont faits. Certains participants ont rapporté que les usagers vivent ces DDR comme une confrontation et que cela nuit au lien de confiance. Après un DDR positif, l'utilisateur est automatiquement confiné et vit une perte de privilèges.

Pour certains, on fait des DDR lorsqu'il y a soupçons ou, pour certains autres, on fait des DDR aléatoires [...] C'est un dépistage de drogues de rue. Et

lorsqu'on en a un positif, la personne est confinée trois jours. Sans sortie (Paul, gestionnaire).

Ce qu'ils vont faire aussi avec les DDR, les gens vont s'en servir... un client qui a pris des amphétamines, on le voit bien là. Son pouls est élevé, il est agité sur l'unité, on va lui demander un DDR, en sachant très bien que si on demande ça, on le confronte. Les gens sont tannés de se faire faire des DDR (Stéphanie, intervenante dédiée).

Les règles de vie peuvent, d'une certaine façon, entraver le traitement thérapeutique de la clientèle, car des cas de confinements ont donné lieu à une impossibilité d'aller aux rencontres dans les services de réadaptation en dépendance.

Souvent, ils vont être confinés : « Bien tu n'iras pas à ta rencontre à Domrémy parce que t'es confiné ». C'est parce que ça fait partie du traitement thérapeutique... Ce n'est pas un privilège... Je pense qu'on a à travailler l'approche au niveau de la consommation (Stéphanie, intervenante dédiée).

D'autre part, des usagers rencontrés ont remarqué que le personnel tient un discours prônant l'abstinence. Ils jugent irréaliste d'entendre de tels propos et expliquent qu'ils ne se sentent pas compris. Du point de vue de la clientèle, les règlements sont vus, par plusieurs, comme étant difficiles et sévères et ne répondant pas à leurs besoins. Le sentiment d'être étiqueté, de ne pas être libre de pouvoir prendre ses décisions et de ne pas avoir de contrôle sur sa vie est rapporté par plusieurs. Des usagers ont dit ne pas aimer se faire inciter à l'abstinence, croient que cette méthode ne fonctionnera pas et voudraient voir les conséquences et le cadre être assouplis. Spécifiquement, ils voudraient être récompensés pour leurs réussites, une suggestion également rapportée parmi le personnel de l'unité de traitement. Toutefois, une divergence dans les propos ressort puisque d'autres usagers croient que le système de conséquences peut être aidant afin de cesser la



consommation en leur imposant des limites. Ils croient que les règles ne les empêcheront pas de consommer, mais peuvent les inciter à moins consommer.

Quand ils nous disent juste d'arrêter. « Arrête d'en prendre. » Ça ne marche pas. Mais, c'est les employés qui parlent de même [...] Moi je n'aimais pas ça me faire faire la morale, puis ces personnes-là, c'est ça leur métier. Nous faire la morale, nous valoriser quand on ne consomme pas. C'est vers eux [Stéphanie et Vincent] qu'on s'est tournés (Maxime, usager).

Enfin, Vincent, qui provient des services de réadaptation en dépendance, serait en dehors des décisions restrictives au niveau des conséquences, ce qui l'en dissocie et constituerait une force selon des membres du personnel. En effet, cela permettrait aux usagers de ne pas associer Vincent au système de conséquences et de préserver son alliance thérapeutique avec les usagers.

Il [Vincent] ne fait jamais partie des décisions restrictives. Il est complètement hors de ça, c'est merveilleux pour ça (Cécilia, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

### **Défis de l'intervention auprès de la clientèle**

Les usagers sont souvent décrits comme étant désorganisés et présentant plusieurs problèmes associés. Des problèmes de santé physique (p.ex. diabète), de déficience intellectuelle, de traumatismes cranio-cérébraux et de troubles du spectre de l'autisme peuvent s'ajouter aux troubles mentaux. Enfin, les gestionnaires et intervenants dédiés mentionnent la complexité de pratiquer l'intervention de groupe, car il s'agit de personnes qui ont de la difficulté à être en interaction avec leur environnement. Cela fait en sorte qu'ils ne discutent pas entre eux ou ne se sentent pas affectés par le vécu des autres partagé en groupe.

Ce qu'on rencontre, au niveau des diagnostics principaux, c'est de la sphère psychotique. Donc, des personnalités, des psychotiques schizoïdes, des schizophrènes, de longue date, mais avec des diagnostics associés qui sont aussi très problématiques. Des diagnostics souvent médicaux, donc des gens... C'est une clientèle qui est handicapée sur plusieurs plans, au niveau physique avec des problématiques de diabète par exemple (Paul, gestionnaire).

Certains résidents peuvent avoir recours à une médication *pro re nata* (PRN), terme issu du latin et qui signifie « au besoin ». Selon les employés de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique, la PRN donne aux résidents l'opportunité d'avoir des effets semblables à ceux d'une intoxication en contrôlant la fréquence de prises de celle-ci. Toujours selon le personnel de l'unité de traitement, ils la demandent lorsqu'ils ne se sentent pas bien et qu'ils n'ont pas consommé de SPA.

Un autre défi pouvant affecter l'intervention est le risque de violence. Ce fait est rapporté par les usagers qui disent que beaucoup de leurs pairs présentent une composante d'agressivité et de violence, plus fréquemment en cas d'intoxication. De plus, des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement, les gestionnaires et intervenants dédiés en font part aussi.

Ce que j'ai moins aimé, c'est que ça commençait à être violent sur le secteur à cause qu'ils n'en avaient pas [de substance psychoactive] [...] Ils [les autres usagers] sont violents, ils sont plates à écouter, et ils pètent les plombs, ils vont en isolement, ils se sauvent, ils ne mangent pas, ils renversent leur cabaret (Maxime, usager).

On a vécu aussi des codes blancs [usagers violents] beaucoup à cause de la consommation, alors ça faisait beaucoup de périodes d'agressivité en lien avec les moments de consommation (Stéphanie, intervenante dédiée).

Selon les gestionnaires, la plupart des personnes ont un historique d'hospitalisation psychiatrique récurrente, soit dans les services de courte durée en psychiatrie ou soit à l'unité de traitement. Certains sont à l'unité depuis plus de dix années, d'autres y sont depuis cinq à dix années. Pour les intervenants, cela peut également représenter un défi au niveau de la programmation, entre autres concernant la consommation, puisque les mêmes usagers peuvent être exposés aux mêmes activités à plusieurs reprises. Enfin, les services de réadaptation en dépendance, pour leur part, ont une durée plus courte et l'adaptation des services doit être réalisée en prolongeant la durée des suivis pour cette clientèle qui demande plus de temps.

C'est souvent le même monde, si tu refais le même groupe après que tu aies fini les cinq rencontres, si tu repars un autre groupe avec les cinq mêmes rencontres, c'est plus difficile au niveau du recrutement (Vincent, intervenant dédié).

**Capacités limitées.** Les propos de la plupart des employés des deux secteurs convergent concernant le fait que l'autocritique, la mémoire, l'attention et l'autodévoilement peuvent être déficitaires chez certains usagers, ce qui rend certaines techniques d'intervention plus difficiles à réaliser. La pensée magique est aussi présente pour la plupart des clients, ce qui ralentit l'introspection et les prises de conscience. Ces problématiques affectent le travail des différents intervenants en leur faisant aborder certains aspects plus en surface et en demandant plus de temps pour les accompagner. La projection dans le futur est aussi plus complexe, il faut donc demeurer dans le moment présent dans les interventions.

C'est comme s'il faut toujours rappeler qu'il y a des risques, tout le temps. Même s'ils ne se voient pas nécessairement, c'est un gros travail qu'on a à faire avec eux là, les accompagner là-dedans (Vincent, intervenant dédié).

Du point de vue de l'ensemble des professionnels consultés, les usagers de l'unité de traitement présenteraient des difficultés de rétention de l'information, ce qui complexifie l'entretien motivationnel qui est abstrait. Par exemple, les informations vues en intervention de groupe ou individuelle sont difficilement retenues par les participants, ce qui ralentit les changements ou les progrès de ceux-ci. Les prises de conscience sont aussi plus difficiles à atteindre. Dès lors, cela demande aux intervenants dédiés d'adapter leurs interventions en respectant le rythme des usagers.

La rétention d'information est beaucoup plus limitée, ce qui fait en sorte que comme l'entretien motivationnel est très abstrait dans le sens où il faut qu'ils s'entendent parler. Pour faire des prises de conscience et tout ça, c'est plus difficile avec cette clientèle-là parce que l'idée de s'entendre parler, puis de s'entendre dire des choses qui s'en va vers le changement, ils ne le voient pas passer nécessairement même si toi tu le ramènes, ils ne l'enregistrent pas tout le temps... on a opté davantage pour en faire un peu à toutes les fois (Vincent, intervenant dédié).

**Alliance thérapeutique.** La construction du lien de confiance serait le plus grand défi posé par la clientèle. En effet, il demanderait beaucoup de temps à établir. Un facteur à ne pas négliger dans l'établissement complexe de ce lien est le fait que les règles de vie de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique sont vues comme contraignantes par les usagers. Alors, cela ne les incite pas à faire confiance aux employés qu'ils côtoient. Dans le même sens, les gestionnaires ajoutent que la clientèle est méfiante et que Vincent, qui représente les services de réadaptation en dépendance, a tout de même réussi à créer un lien de confiance.

Les faire participer aux activités quand ils sont confinés, oublie ça. Même s'ils sont en forme pour le faire : « pourquoi je ferais ça là. je suis confiné » (Cécilia, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Les usagers sentent qu'ils peuvent compter sur les intervenants dédiés s'ils ont des ennuis. Ils se sentent compris et non jugés, et ne veulent pas décevoir les intervenants en consommant. Ils sentent une réciprocité, à savoir que Vincent et Stéphanie leur font confiance aussi. Ils rapportent que les liens sont faits, qu'ils se sentent en sécurité et bien traités. L'humour et la complicité entre Vincent et Stéphanie et avec les usagers sont des composantes appréciées. Ils disent se sentir compris par les intervenants dédiés, décrits comme bienveillants et compétents.

Je me sens en sécurité... je me sens bien traité... c'est une bonne équipe, ça m'aide, ça me comprend même si je leur dis que je consomme... que je consommais... mais ils me comprennent, ils savent bien que c'est dur... on y va étape par étape... si je redouble dans les étapes, ben ce n'est pas grave parce que je vais pouvoir en remonter. Ils font un très bon travail parce que si ça avait été quelqu'un d'autre... je ne les aurais jamais écoutés, même en partie (Camil, usager).

**Compensation pour la participation au programme.** Tous les participants, autant les membres du personnel que les usagers, font état de l'efficacité d'inclure un café dans les rencontres de groupe et individuelles. Cela est considéré comme un élément significatif dans la motivation, permet une exposition au traitement et donne lieu à des échanges plus soutenus. Puisqu'il s'agit d'une clientèle qui a un besoin rapide au niveau des récompenses, ce type de compensation est efficace du fait qu'il existe un enjeu au niveau de la gratification immédiate.

Au début, je n'aimais pas ça. Je n'aimais pas ça à Domrémy et tout... mais quand ils payaient le café... j'aimais ça au moins essayer (Camil, usager).

Sans café, ça ne marche pas. Aujourd'hui, on avait du café, on a eu une belle rencontre. ça a discuté, des fois les rencontres pouvaient durer 5 minutes et les clients seraient vraiment contents, cette fois ça a duré 45 minutes, on a pas eu besoin de négocier l'agenda ou l'horaire pour dire : « non, tu restes, ce n'est pas terminé, on va passer à un autre sujet » (Stéphanie, intervenante dédiée).

Dans le même sens, il est souvent rapporté que le programme amène les usagers à aller plus souvent à l'extérieur, sur le terrain de l'unité de traitement ou de prendre une marche jusqu'aux locaux des services de réadaptation en dépendance, ce qu'eux-mêmes disent beaucoup apprécier.

On a la thérapie qu'on fait souvent en marchant dehors, ça fait un privilège (Josée, usagère).

[Un point apprécié est que] des fois, on va dehors quand il ne fait pas trop froid, mais je peux fumer pendant ce temps-là, puis on se parle (Camil, usager).

### **Le développement du programme et son implantation**

Dans cette section, les participants ont été invités à élaborer concernant la création et l'implantation du programme. Les propos permettent de mieux cerner comment les deux organisations ont pris l'initiative en vue de mieux répondre aux besoins de la clientèle présentant un trouble concomitant, les fondements théoriques sur lesquels s'appuie le programme, ses objectifs, les critères d'inclusion ainsi que la façon dont le programme se déroule.

Dans un premier temps, il est intéressant de mettre en contexte le fonctionnement du milieu en expliquant brièvement comment le continuum de services s'articule. D'abord, l'entrée à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique nécessite d'avoir un suivi en psychiatrie. Ainsi, les usagers sont d'abord admis en services psychiatriques de courte durée. La référence à l'unité de traitement se fait à partir de ces services de courte durée qui tentent de stabiliser le patient, ce qui est fait durant environ 60 jours. Passé ce délai, une demande de transfert à l'unité de traitement est faite si ce n'est pas possible de référer à une ressource intermédiaire, en appartement supervisé ou d'envisager un retour en milieu naturel.

Lorsque des usagers retournent dans la communauté après un séjour plus ou moins long à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique, Vincent est souvent celui qui reçoit des références formelles concernant les usagers nécessitant un suivi en dépendance. Il conserve alors ses suivis débutés à l'unité de traitement. Cependant, si un usager obtient son congé définitif de l'unité de traitement et qu'il fait une demande de services aux SRD, il ne rencontrera pas assurément Vincent. D'autres intervenants de ce service pourront assurer le suivi. Enfin, s'il y a un besoin de référer un usager à une autre ressource certifiée en dépendance, Stéphanie peut demander à Vincent de faire la référence formelle vers cette autre ressource.

## Historique de la création du programme d'intervention intégrée

À l'unité de traitement, un gestionnaire avait constaté que le personnel semblait dépassé par la situation de consommation de certains usagers. Ce personnel n'était pas sensibilisé ou formé à cette problématique. Également, ce gestionnaire évaluait qu'un usager sur quatre était en situation de consommation. C'est ainsi que les besoins ont pris naissance et que les gestionnaires ont commencé à discuter de créer un programme commun et de l'importance du partage des expertises.

Lorsque je suis arrivé comme gestionnaire [à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique] et que j'ai constaté qu'il y avait un usager sur quatre, c'est à peu près ce qu'on retrouve actuellement, 25-30% qui utilisaient différents psychotropes et que cette consommation générait énormément de méfaits dans leur traitement, je me suis dit : « ... il faut faire quelque chose » et j'ai regardé ce qui se faisait et je me suis aperçu que leur personnel de l'unité était complètement dépassé par la situation ... N'était pas sensibilisé au phénomène de la consommation, il n'y avait pas de mise à jour qui avait été faite, il y avait quelques petits livres qui traînaient, mais à part ça, on avait une approche coercitive face à la consommation. Je me disais ça n'a pas d'allure et il y avait une table de travail [avec les SRD] qui était là. J'ai dit à [un gestionnaire des SRD] : « c'est bien de valeur, il va falloir que tu viennes nous aider parce que ça n'a pas d'allure » (Paul, gestionnaire).

C'est une clientèle hautement vulnérable aussi, donc je pense que ça allait de soi qu'on allait lui consacrer du temps et cette clientèle-là revient aussi dans leur milieu, dans leur ressource, dans leur famille d'accueil, est accompagnée par les services externes en santé mentale, ils viennent dans nos services externes. Donc, on devait se développer une façon d'intervenir auprès d'eux (Denise, gestionnaire).

En rencontre clinique, les supérieurs de Stéphanie ont annoncé la formation d'un partenariat avec les services de réadaptation en dépendance pour créer un programme d'intervention intégrée. Ils recherchaient un volontaire pour le développement de ce programme. Stéphanie s'est proposée et a été immédiatement choisie. En effet, celle-ci a



été décrite comme étant une professionnelle chevronnée possédant une bonne écoute, ayant développé plusieurs expertises en plus d'avoir un intérêt pour les problèmes de dépendance. Elle était donc perçue comme la candidate naturelle pour ce programme aux yeux des gestionnaires.

Pour Stéphanie, c'était : écoute, professionnelle chevronnée qui a développé plein d'expertises, c'est une personne qui s'est toujours intéressée aux problèmes de dépendance et ça allait naturellement. Oui, j'aurais pu demander à quelqu'un d'autre, mais le premier choix tombait sur Stéphanie (Paul, gestionnaire).

Du côté des SRD, Vincent était vu comme étant un intervenant d'expérience, avec une bonne capacité d'adaptation et un intérêt pour développer une expertise pour la clientèle présentant un trouble mental. Comme celui-ci venait déjà à l'unité de traitement pour rencontrer des usagers du secteur médico-légal, il est apparu logique qu'il soit l'intervenant dédié à ce projet et sa candidature a été approuvée aussitôt.

Je voulais quelqu'un qui a de l'expérience, donc quelqu'un qui a de l'intérêt aussi, on est allé sonder le terrain à participer à ce genre de groupe-là puis intéressé à développer une expertise en santé mentale aussi ... Il fallait quelqu'un qui soit capable de faire face à toute sortes de situations, capable de s'adapter, qui a une ouverture ... On a voulu avoir son accord parce que tu n'obliges pas un intervenant à faire ça parce que sinon tu mets en péril le succès du projet. (Denise, gestionnaire).

Les intervenants dédiés n'ont pas reçu de formation pour les soutenir dans l'implantation du programme. Cependant, l'expertise détenue par Vincent sur l'entretien motivationnel était perçue comme un point de départ intéressant. Vincent a également été inclus dans les différentes formations traitant de troubles mentaux ou les ateliers de pleine

conscience. De plus, il a formé Stéphanie à l'entretien motivationnel. Les intervenants dédiés ont demandé l'achat de programmes (« Bon Trip, Bad Trip », « Ma vie, mes choix ») auxquels ils ont eu droit et ont appris de façon autodidacte sur les bonnes pratiques en intervention pour cette clientèle.

Dans le même sens, les gestionnaires ont spécifié ne pas pouvoir fournir de formation à Vincent et Stéphanie en raison du fait qu'il n'en existe pas puisqu'il s'agit d'un projet d'intervention novateur. Ils ont plutôt l'impression que ce sont les intervenants dédiés qui pourraient offrir de la formation aux autres établissements intéressés. D'ailleurs, Vincent est venu former les employés de l'unité de traitement sur l'entretien motivationnel ainsi que sur les TUS, le temps d'une d'une demi-journée. À la suite de celle-ci, plusieurs membres de cette équipe rapportent mieux comprendre comment il intervient auprès des usagers.

On a beaucoup de points d'interrogation au niveau de comment intervenir avec ces gens-là, qu'est-ce qu'on doit faire comme conséquence ou... on n'a pas d'outils sur quoi faire, on est toujours dans la négativité, dans le sens qu'on les punit toujours quand ils consomment (Ross, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

### **Implication des intervenants dédiés au sein des autres équipes d'intervention.**

Deux réalités sont observées selon l'équipe clinique rencontrée. En effet, les propos rapportés par des membres du personnel des services de réadaptation en dépendance font état que Stéphanie est peu connue de l'équipe et que des membres de cette équipe questionnent le rapport entre le temps et le nombre de clients rencontrés par Vincent dans le cadre de ce programme. La réalité de cette équipe montre une préoccupation pour le

maintien d'un délai d'accès aux services plus rapide pour tous les clients. De plus, Stéphanie n'étant pas présente dans les réunions cliniques des SRD, des gestionnaires pensent que cela fait en sorte que les employés issus de ces services ne peuvent pas bénéficier de son expertise.

En contrepartie, les membres du personnel de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique s'accordent pour dire que Vincent est maintenant connu au sein de l'unité de traitement, car il vient à certaines réunions d'équipe pour des discussions de cas concernant des usagers en suivi avec Stéphanie.

### **Fondements théoriques et expérimentations**

Plusieurs programmes ont inspiré les intervenants dans le développement de celui-ci. À la base, le programme « Bon Trip, Bad Trip » (Institut universitaire de Montréal, 2014) a servi de modèle, car il s'adressait à une clientèle présentant des troubles concomitants de trouble d'utilisation de substance et de troubles mentaux sévères et persistants. Toutefois, force a été d'admettre qu'il ne convenait pas aux usagers de l'unité de traitement, car il s'adressait à une clientèle davantage en suivi externe plutôt qu'interne et comportait de nombreux ateliers pour lesquels des exercices écrits étaient requis. Ce type de réflexion ne convenait pas aux résidents, dont certains étaient dans l'impossibilité d'écrire. Ensuite, « Ma vie, mes choix » (Alexandre, Labrie et Rouillard, 2005) a été expérimenté. Ce programme est un guide destiné aux intervenants qui vise à aider les personnes atteintes de psychose à réduire ou cesser leur consommation d'alcool ou de

drogues. Après quelques essais infructueux, il a été finalement décidé que la programmation des services de réadaptation en dépendance était retenue, en raison de l'aisance de Vincent avec le contenu. Plusieurs adaptations ont été effectuées afin de mieux rejoindre cette clientèle et répondre à leurs besoins tout en respectant leurs capacités. Le fait d'être dans l'innovation a donné lieu à beaucoup d'ajustements et a demandé beaucoup de temps.

Cela a été l'histoire des trois dernières années, où est en train de définir la bonne recette pour aider les clients face à leur consommation, puis on y a été en partant de choses qui étaient reconnues parce que les programmes qui existent, avec la clientèle psychotique, on a été les chercher et on les a expérimenté. Qu'est-ce que ça donne? Ce n'est pas adapté? On va en chercher un autre, on va chercher du contenu que Domrémy avait, bon il y a tout ça... il y a quelques mois, on efface le tableau. Voici les besoins qui sont là, voici qu'est-ce qui fonctionne, voici qu'est-ce qui ne fonctionne pas, on revire les affaires encore (Paul, gestionnaire).

Par ailleurs, la durée de la programmation a été ajustée pour éviter d'avoir à démarrer de nouveaux groupes puisqu'il s'agit d'un contexte d'hébergement de longue durée, ce qui fait en sorte que les intervenants conservent les mêmes clients sur plusieurs mois ou années. En 2015, au moment où nous avons effectué l'entrevue auprès des intervenants dédiés, le programme comportait 22 rencontres assurant une certaine longévité au groupe. Le type de groupe a été modifié afin de passer de fermé à ouvert pour permettre l'accès aux services à tous. Également, la fréquence des rencontres a été revue.

Au départ, le programme ne se donnait qu'en groupe, sans suivis individuels. Les rencontres de groupe étaient données de manière conjointe par les deux intervenants. Un

constat quant au fait que la modalité de groupe ne permettait pas d'approfondir autant qu'en individuel est ce qui a amené les intervenants à se lancer dans la co-intervention individuelle. Cette nouvelle modalité s'est ajoutée à l'intervention de groupe déjà présente. Cela a donc permis une intégration des aspects de santé mentale et de dépendance dans toutes les interventions. Également, cela a mis fin au dédoublement des objectifs travaillés occasionnés par le travail en silo. Ainsi, Vincent et Stéphanie se sentaient plus à jour dans le suivi de leurs clients, puisqu'ils travaillaient les mêmes objectifs, en plus d'assurer une meilleure continuité. Dans le même sens, Stéphanie peut désormais faire de meilleurs comptes rendus au reste de l'équipe de l'unité de traitement et discuter des éléments vus en rencontre individuelle avec les usagers, même lorsque Vincent n'est pas présent.

Puis dans le fond on travaillait les mêmes affaires, tant qu'à dédoubler on s'est dit « bien regarde on va le faire ensemble ». En même temps, Stéphanie est toujours là. Elle va prendre le relais le reste de la semaine sur ce qui a été travaillé. Ça, ça a un grand avantage (Vincent, intervenant dédié).

**Format en adaptation continue.** Stéphanie et Vincent ont conçu le programme pour travailler les différents aspects autant liés à la condition psychiatrique qu'au TUS (p.ex. les déclencheurs) de façon simultanée durant les rencontres. Le programme se divise en deux phases. La première est la phase motivationnelle qui est d'une durée de 11 rencontres; elle porte davantage sur les impacts et les inconvénients de la consommation et comporte l'établissement d'un profil de consommation. Ensuite, il y a la phase stratégique d'une durée de 11 rencontres également. Celle-là est plus en lien avec les stratégies personnelles en regard de différents thèmes (p.ex. gestion de la colère). Les

intervenants ont choisi d'établir une cible par rencontre afin de favoriser la rétention de l'information des clients. En matière de rôles, Stéphanie gère la logistique (p.ex. horaires de sortie, etc.). Elle évoque être la comique du duo, ce qui lui permet de s'assurer que l'atmosphère est propice à la détente, de diminuer l'anxiété de certains et de dédramatiser des événements. Vincent s'occupe davantage du contenu et vise l'approfondissement des sujets; il est celui qui planifie les activités.

Stéphanie, elle a des grandes forces pour dédramatiser les affaires. Pour ramener de l'humour dans ça. Ma force c'est de rester sur le sujet, puis d'essayer d'approfondir ce qu'ils vont dire, puis de ramener les affaires telles qu'elles sont ... Et on n'est pas trop de deux. On est habitués d'animer seuls, et dans ce contexte-là, on n'est pas trop de deux. Tu ne peux pas animer en même temps que d'apaiser, puis en même temps de voir la réaction des gens, puis tu en as que tu vois la nervosité, il se met à parler tout seul et là tu ne peux pas capter tout ça en même temps. Il y en a un qui les ramène, l'autre regarde ce qui se passe (Vincent, intervenant dédié).

Les usagers réfèrent souvent à Stéphanie comme étant drôle, alors que Vincent est vu comme plus sérieux quoiqu'aidant. Ils réitèrent que les intervenants dédiés sont moins punitifs et sont plus compréhensifs que le personnel médical.

Ils n'imposent pas de directives, à part les rencontres là mais... Ils ne nous ont jamais punis, ils nous ont jamais jugés, ils nous ont jamais apporté un point de vue contrariant... Je pense qu'ils sont là pour nous faire sentir acceptés, quels que soient nos choix (Josée, usagère).

Le programme semble peu diffusé au sein de l'équipe des SRD. En effet, des membres de l'équipe clinique ont entendu parler du programme par Vincent en réunion d'équipe. Il peut partager des difficultés qu'il a vécues à l'unité de traitement ou l'avancement du programme mais l'équipe mentionne savoir peu de choses sur le programme en dehors que l'entretien motivationnel en est la base. Quant à l'équipe

clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique, elle a appris l'existence du programme par Vincent et Stéphanie qui l'ont annoncé en rencontre d'équipe. Les gestionnaires ont mentionné savoir que le programme contient des informations, de la sensibilisation, de l'animation de groupe et des jeux de rôles. Ils font état que le programme ne dispose pas d'une forme de diffusion officielle, qu'il est connu de bouche à oreille et est mentionné en discussion d'équipe. Les intervenants abondent dans le même sens et font état qu'aucune diffusion à l'externe du programme n'a lieu. À leurs yeux, l'aspect le plus important serait davantage la promotion de l'approche qui sert de base plutôt que le programme lui-même.

C'est un gros travail qu'on a à faire en diffusant encore plus et ce n'est pas juste diffuser le programme, c'est diffuser l'approche qui est en arrière de ça (Vincent, intervenant dédié).

Enfin, malgré l'amélioration continue du programme, l'approche motivationnelle et des « petits pas » sont à la base de la philosophie d'intervention selon les équipes cliniques des deux établissements. Quant à eux, les gestionnaires savent que les stratégies motivationnelles et la diminution de l'impact de la consommation sur le traitement en santé mentale sont des éléments centraux. Les intervenants dédiés expliquent qu'ils ont créé ce programme en ne visant pas forcément l'abstinence ou même la réduction de la consommation, mais plutôt en cherchant à instaurer ou augmenter la motivation au changement du client, laquelle passe par un lien de confiance qui est travaillé patiemment avec les usagers. Un autre aspect qui était important concernait le fait de pouvoir travailler simultanément sur les deux problématiques et de pouvoir faire des liens entre elles pour aider l'utilisateur.

On ne peut pas seulement parler de maladie si on n'aborde pas non plus la consommation. C'est indissociable, les deux interventions sont nécessaires auprès de la clientèle où il y a les deux problématiques (Audrey, stagiaire au sein de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

### **Objectifs du programme**

Bien qu'officiellement, les conditions du TAQ et de vie liées à l'unité de traitement obligent les usagers à avoir des objectifs d'abstinence, la motivation au changement est la cible principale du programme; cela peut être au plan de la consommation, de la reconnaissance de la maladie mentale ou de la prise de la médication. Le développement de la conscientisation de leur TUS est un but à atteindre. Le deuxième objectif principal est la préparation à la sortie de l'unité de traitement en vue d'un retour dans la communauté. En ce qui a trait au point de vue des usagers à ce sujet, ils pensent que le programme sert à trouver des stratégies pour développer et maintenir l'abstinence.

L'abstinence, des trucs, comment me retirer ou si je pensais à la dope, qu'est-ce que je pouvais faire... faire de la pétanque, comment me changer les idées... (Simon, usager).

### **Critères d'inclusion et de recrutement**

Autant le personnel cadre que des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique rapportent qu'un aspect de consommation doit être présent chez les usagers pour être admis dans le programme, que ce soit une dépendance à une substance ou de l'abus de consommation. Cela peut être déterminé par des dépistages de drogues de rue (DDR) positifs ou à la suite de l'évaluation de la consommation effectuée par Vincent. Les intervenants dédiés ont expliqué que les usagers



sont souvent référés par le médecin, le psychiatre ou à la suite d'une discussion d'équipe. Ils sont choisis pour le programme en regard de leur niveau d'implication et d'autocritique et il doit y avoir une certaine stabilisation au niveau de leur état mental. Les personnes sont évaluées pour voir si elles seront suivies en individuel ou en groupe. Celles présentant des problématiques de jeu de hasard et d'argent peuvent être intégrées, même si cela demande d'adapter au programme.

Ils sont référés par les psychiatres ... mais minimalement il faut qu'il ait quand même des difficultés avec la consommation (Vincent, intervenant dédié).

[Un élément qui fait que l'utilisateur intégrerait le programme est] son niveau d'implication, son autocritique ... On a quand même intégré des personnes qui ont des problématiques de jeux. Ça a bien été, mais il fallait adapter (Stéphanie, intervenante dédiée).

Du côté des troubles mentaux, il n'y a pas de critères particuliers, sauf d'être résident à l'unité de traitement et de réadaptation. Il est préférable que les idées délirantes ne soient pas trop présentes ou instables, sans quoi le programme n'aura pas d'impact sur les usagers. Quant aux clients, ils rapportent avoir été invités à participer au programme, par l'entremise de leur docteur, des infirmiers de l'hôpital ou des intervenants dédiés. Tous disent avoir accepté.

On en a déjà refusé parce qu'ils étaient trop délirants, mais on pourrait avoir [des usagers dans le programme] peu importe le diagnostic (Stéphanie, intervenante dédiée).

C'est le docteur alors qui m'a parlé, parce qu'au début je ne consommais plus. J'ai été en rechute, après la deuxième fois, la deuxième tentation de consommation ... elle m'a parlé de Domrémy en externe, que c'était Vincent ... j'ai accepté d'être en contact (Ève, usagère).

## Déroulement et contenu du programme

Les participants expliquent que le suivi dans les services de réadaptation démarre généralement à l'aide d'une évaluation. L'IGT (Bergeron *et al.*, 1998) qui est habituellement administré aux SRD était difficile d'utilisation auprès des usagers. Ceci était dû au fait qu'ils présentaient des difficultés au niveau de l'autocritique et de l'autodévoilement. Ces deux aspects étant nécessaires à la passation de l'IGT, celui-ci a été écarté de l'évaluation. Actuellement, c'est le dossier de l'utilisateur à l'unité de traitement qui est consulté afin de remplacer l'IGT. À celui-ci s'ajoute un outil d'évaluation psychosociale fait maison.

Les intervenants dédiés rapportent qu'il y a une flexibilité au niveau des modalités d'intervention pour s'adapter aux besoins des usagers. Par exemple, si un usager ne veut pas participer au groupe, il sera vu en individuel. Ceci permet au groupe de demeurer agréable et efficace selon les gestionnaires. Les clients ont la possibilité d'aller marcher à l'extérieur accompagné de Stéphanie et Vincent, car cela peut leur faire du bien et leur donne également la possibilité de fumer. L'intervention s'adapte à l'humeur des clients afin de favoriser le lien de confiance. Ceux qui ne veulent plus être vus sont respectés dans leur choix et leur rythme, mais les intervenants tiennent tout de même à conserver le lien en utilisant l'intervention informelle (p.ex. une discussion dans les couloirs de l'unité) pour ne pas brusquer le client).

Il [un usager] ne voulait pas nous répondre, Vincent disait : « est-ce qu'on va pouvoir te poser des questions un peu plus tard? ». On peut demander la permission. « hum hum » ... Il faut jouer un peu avec l'humeur de tous et chacun, voir aussi ce qu'il s'est passé dans le temps, est-ce que finalement il

a consommé puis finalement il a une perte de privilège, alors il ne veut pas nous voir... est-ce qu'il vient d'apprendre qu'il n'aura pas sa sortie chez sa mère... Il faut jouer avec les humeurs des clients (Stéphanie, intervenante dédiée).

Ben, ils ne nous obligent pas à trop en parler, à insister tout le temps avec la même question. Quand ils voient que tu n'es pas capable d'en parler et que tu y dis que tu n'es pas trop capable, bien il dit ce qu'il dit, et tout est correct là (Jacques, usager).

La plupart des clients ont tous débuté leur suivi de manière individuelle avec les intervenants, pour ensuite être invités à participer au groupe.

La plupart ont tous commencé en individuel. On essayait de résoudre l'ambivalence en individuel, et à un moment, quand on sent que l'alliance est là, c'est un bon moment pour lui proposer le groupe parce qu'en même temps tu vas être la figure symbolique pour lui dans le groupe (Vincent, intervenant dédié).

Stéphanie et Vincent rapportent que les clients ont des plans d'intervention séparés, l'un étant pour l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique et l'autre étant propre aux services de réadaptation en dépendance, et qu'il n'y a pas d'objectifs précis au groupe. Les interventions se déroulent en fonction des objectifs individuels des clients. Ces derniers ne s'approprient pas leur plan d'intervention (PI) et refusent parfois de le signer. De plus, ils sont peu impliqués dans l'élaboration de leur PI, car certains objectifs, pouvant être vus comme confrontant face à leurs idées délirantes, ne seraient pas approuvés par la clientèle.

À tous les jours : « Hey t'as fait telle affaire, je suis content ». Ça va être bien plus une progression des comportements et attitudes qu'ils présentent durant l'hospitalisation et dans nos activités qu'une progression sur le plus gros objectif qui serait l'abstinence, qui, pour eux, est un peu comme le top de la montagne [...] Bien, moi, ils ne veulent même pas signer le plan

d'intervention, ils ne veulent pas s'engager. Ça devient un peu un irritant pour eux autres (Vincent, intervenant dédié).

Lorsque les usagers rencontrés ont été questionnés sur leur appréciation du déroulement du programme, il en est ressorti plusieurs points. Certains trouvent la théorie facile à comprendre. La plupart ont bien aimé en apprendre davantage sur les stratégies de rechange. Tous rapportent qu'ils discutent de leur consommation, des alternatives à celle-ci, de ses dangers ainsi que de l'interaction entre les médicaments, les drogues et la condition psychiatrique avec Vincent et Stéphanie. Ils aiment bien l'animation et l'humour des intervenants. L'ensemble des usagers rencontrés jugent que le programme les aide.

Stéphanie et Vincent avaient les informations des places pour nous protéger, des conséquences de la drogue, ce qu'on peut avoir comme maladie, qu'est-ce qu'il faut faire. Ils ont un paquet d'informations pour nous prévenir des dangers de la drogue, de la cigarette. Ils ont les informations, ils nous disent ce qui peut arriver si tu consommes. C'est ces informations-là qu'on a, c'est eux-autres qui nous ont aidés (Maxime, usager).

Il y a environ quatre à cinq usagers par groupe. La séance débute par un rappel du thème de la semaine dernière. Malgré une préparation théorique, c'est l'échange avec les usagers qui prédomine; ils communiquent davantage avec Vincent et Stéphanie plutôt qu'entre eux. Toutefois, lorsque cela arrive, un grand impact a été constaté.

Il [un usager] a repris le discours en disant : « Ma liberté est plus importante que ma consommation ». Pour une fois, il y a eu un échange et cet échange-là était vraiment bénéfique. Il l'a repris, ouais. Ça été intéressant donc faut créer ça, mais ce n'est pas toujours évident. On fait souvent du jeu parallèle (Stéphanie, intervenante dédiée).

Quant à leur avis sur l'intervention de groupe, les usagers sont plus mitigés à ce propos et certains croient que le groupe ne leur apporte rien. Il y en a qui disent apprécier

le groupe pour l'écoute et l'échange d'idées. Également, plusieurs ont rapporté que le fait de parler de SPA stimule leur envie de consommer. Un usager a trouvé qu'il y avait beaucoup de répétitions dans le groupe. Cependant, certains aiment cela, car il y a un partage de conseils entre eux et ils sentent qu'ils vivent la même réalité que les autres.

Il y en a qui disent : « ha, j'ai rechuté. » Puis là, on dit : « si tu rechutes, qu'est-ce que tu ferais si tu ne prenais pas de drogue et t'aurais ces sous-là? » « Bin je m'achèterais des cigarettes. » Ça va bien avec le groupe (Ève, usagère).

**Durée et intensité du traitement.** Les intervenants dédiés ont élaboré le programme de manière à ce que la stabilisation au niveau de la santé mentale et de la consommation soit le facteur principal pris en considération. La modulation de l'intensité de services se fait à partir des besoins du client. Les objectifs qu'ils proposent aux clients peuvent aussi être adaptés selon ses capacités et sa situation. Le nombre de rencontres a été augmenté pour permettre une meilleure assimilation de l'approche motivationnelle. La durée des rencontres individuelles ou de groupe sont adaptées afin de respecter les capacités attentionnelles des clients.

Il y en avait un que [nom de l'usager] j'étais rendu que je le voyais deux à trois fois par semaine parce qu'effectivement, la pulsion de consommer était quand même très présente et on faisait tous les jours une espèce de... un good morning... sur « bon regarde, ça va bien aller aujourd'hui, si t'as des envies de consommer comment tu vas t'y prendre? » Puis il acceptait ça (Vincent, intervenant dédié).

Dans le même sens, les gestionnaires croient que l'intensité des services doit être la plus élevée possible et que la limite doit venir des patients; une plus grande intensité sur de courtes périodes serait idéale. Le programme suit cette optique selon eux. Aussi, si un usager souhaite diminuer ou augmenter l'intensité des services, il faut que cela soit

respecté aux yeux des gestionnaires et ils croient que cette composante est bien appliquée. Des gestionnaires ainsi que des membres du personnel de l'unité de traitement se sont brièvement prononcés en mentionnant que les rencontres du programme sont flexibles et adaptées aux besoins de la clientèle.

On module l'intensité selon les besoins du client (Denise, gestionnaire).

J'ai l'impression que c'est [le programme] flexible, ça s'adapte bien au stade de chacun et c'est ça aussi au niveau de la durée, je pense qu'ils n'ont pas vraiment des durées fixes de nombre de rencontres, ils s'adaptent aux besoins de la clientèle (Annie, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

### **Les retombées du programme**

Les intervenants dédiés et les gestionnaires rapportent que les participants au programme constituaient une clientèle absente dans les SRD, laquelle peut désormais bénéficier d'une exposition au traitement en dépendance.

On a une exposition à un traitement de réadaptation en dépendance là, donc je pense que c'est un point fort. Ce n'est pas comme un programme qu'on aurait amélioré, qu'on avait déjà, c'est vraiment des gens qui n'avaient pas ce genre de services-là qui, maintenant, ont ce service-là. Je pense que ça c'est intéressant. L'intégration, la co-intervention, on rapproche encore une fois la santé mentale puis la dépendance dans un même service, donc je pense que ça c'est un des points forts. La présence de Vincent sur l'unité, ça c'est vraiment un point fort (Denise, gestionnaire).

C'était une clientèle qu'on ne voyait pas dans nos points de services tout simplement [...] C'est une belle opportunité de travailler avec des gens qu'on ne voyait absolument pas au bureau. Des gens souffrant de schizophrénie, de troubles délirants, on n'en voyait pas. Souvent, ils ne voulaient pas de services non plus puis, maintenant, on en a. Il y a un enjeu important à offrir des services à ces gens-là (Vincent, intervenant dédié).

En contrepartie, certains membres de l'équipe des SRD croient que le programme semble constituer beaucoup d'investissement par rapport aux résultats obtenus. Les perceptions de certains membres de cette équipe clinique en ce qui concerne cette clientèle les amènent à considérer que les multiples difficultés liées au trouble mental ont pour effet d'augmenter la durée des services de réadaptation en dépendance nécessaires et demandent plus d'investissement de la part de Vincent. En considérant qu'il était important de favoriser l'accès au service le plus rapidement possible, un questionnement émergeait alors sur la pertinence d'accorder autant de temps à cette clientèle comparativement aux autres personnes utilisant les SRD.

Le temps que Vincent met là-bas [à l'unité de traitement] est un temps qu'il ne met pas ici avec notre clientèle volontaire ... c'est un peu ça que je trouve au niveau des limites. C'est sûr qu'à chaque fois qu'on met une graine dans un terreau quelque part, un jour il y a quelque chose qui va germer puis il y a toujours le côté positif qui vient en bout de ligne. Le positif, il arrive quand? Une semaine, deux semaines, un mois, deux mois, deux ans... (Miranda, membre de l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance).

En outre, des membres de l'équipe clinique des SRD nommaient que les problématiques de santé mentale et de dépendance sont souvent liées, ce qui rendait l'intervention conjointe intéressante. Ils ajoutaient que d'établir plus de liens entre ces deux secteurs était pertinent.

[Un point] positif c'est d'établir des liens entre santé mentale et toxicomanie. Ils sont tellement ensemble, pis ça c'est super. La limite, est-ce que c'est le meilleur temps pour intervenir, quand ils sont hospitalisés? Ou est-ce qu'on devrait les prendre à un autre moment où ils sont en sortie progressive. Je ne sais pas, mais le fait de commencer à traiter la toxicomanie en santé mentale, c'est super là, mais c'est ça. En même temps, on a l'impression que... je ne sais pas si la cible, à ce moment-là, est la plus appropriée (Ted, membre de l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance).

### **Les retombées du programme pour la clientèle**

Des répondants ont mentionné des effets positifs sur la clientèle. En effet, de plus grandes périodes d'abstinence chez des usagers ont été observées; cela s'observait par la diminution du nombre de confinements qui étaient généralement une conséquence de la consommation imposée par l'unité de traitement. Des membres de l'équipe de l'unité de traitement disent que des usagers acceptent très bien les rencontres avec Vincent et Stéphanie. Ils ne rechigneraient pas et seraient contents d'y aller. Ils remarquent aussi qu'une bonne partie de la clientèle est volontaire pour participer à ces rencontres et qu'il n'est pas nécessaire de les y forcer, ce qui diverge des propos d'autres répondants qui, eux, notaient un manque de motivation à assister aux rencontres de la part des usagers.

C'est une clientèle qui a vraiment besoin d'aide puis la double problématique, celle de la toxico, ça complique beaucoup notre tâche. Mais on a eu des réussites. Il y en a qu'on ne penserait jamais qu'ils pourraient arrêter de consommer, mais ils sont sortis de nos murs et ils fonctionnent bien. Combien de temps? On ne le sait pas, mais c'est quand même une réussite puis il y a des cas dont on est fier, ce qui nous dit qu'on peut arriver à des résultats (Chandler, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Je ne te dirai pas un an là, mais il y a quelques mois-là, le premier du mois c'était... il y en avait peut-être cinq qui étaient confinés sur notre département, mais le mois de mars, le mois de février, il me semble que... Ça a diminué beaucoup. (Tracy, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Les gestionnaires font état d'une amélioration de la rétention en traitement des SRD suite à l'établissement du lien de confiance bien établi entre les intervenants et la clientèle. Ils nomment également des exemples de réussite, tels que certains usagers ayant un profil sévère de consommation qui peuvent être abstinentes durant plusieurs mois, ce



qui n'était pas le cas auparavant. La base motivationnelle est vue comme étant une grande force du programme. À tout cela, les intervenants dédiés ajoutent l'attrait de l'arrêt de la consommation qu'ils arrivent à instaurer chez les usagers au fil des rencontres. L'accès aux services et l'exposition au traitement étant d'autres bénéfices. Par ailleurs, Vincent et Stéphanie ont observé que les usagers verbalisent de plus en plus sur leur réalité. Ils constatent aussi une certaine fierté de la part de certains participants au programme à raconter et partager aux autres le nombre de jours exacts écoulés depuis l'arrêt de leur consommation.

L'attrait de l'arrêt de la consommation, au moins l'attrait de ça, de ce changement-là. Je pense que ça, ça été bien pour certains. Il y en a pour qui l'impact a été l'alliance avec quelqu'un, ici, à l'hôpital (Vincent, intervenant dédié).

Des usagers rencontrés disent que le programme les motive à se reprendre en main, à vouloir travailler sur eux-mêmes et qu'ils se sentent encouragés. La majorité des usagers vus dans le cadre de la collecte de données ont remarqué une diminution de leur consommation. Quelques-uns l'ont complètement cessé. Certains ont pris des trucs venant des autres participants pour essayer de ne pas consommer et d'autres ont réalisé que leur consommation de SPA était nuisible et n'apportait pas d'effets positifs à leur vie.

Je pense que, aussi, le soutien qu'ils m'apportent fait que je consomme moins souvent... des moins grandes quantités aussi (Josée, usagère).

Je trouve que Vincent et Stéphanie sont une bonne équipe puis... à cause d'eux, j'ai moins consommé que si j'avais été seul chez moi sans avoir de suivi avec Domrémy, là... (Camil, usager).

### **Les retombées du programme sur les équipes cliniques**

Beaucoup de répondants sont d'accord pour dire que les connaissances sur l'intervention en dépendance étaient insuffisantes au sein de l'unité de traitement. Avant l'arrivée du programme dans les services, le système était basé sur les conséquences, ce qui était vu comme étant la norme. Depuis la mise sur pied du programme, plusieurs membres de l'équipe de l'unité de traitement sentent devenir des personnes de confiance pour les usagers; il y a eu quelques cas où des résidents ayant obtenu leur sortie ont appelé les employés pour leur partager le nombre de jours écoulés depuis le début de leur abstinence ou pour demander d'être écoutés.

Des fois, il appelle pour du support. Ça ne va pas toujours bien. La dernière fois qu'il a appelé là, ça ne marchait pas, il a eu besoin d'un petit boost pour continuer. On est ouvert à ça (Chandler, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Également, plusieurs membres de l'équipe de l'unité de traitement ont apprécié la formation offerte par les SRD. Cela leur a donné le sentiment de mieux saisir la visée des interventions en dépendance et ils aimeraient être davantage formés.

On a reçu une petite base qui avait été donnée par Vincent l'année passée, on avait eu une formation avec lui. Alors, on a un peu des connaissances sur ce qu'il fait avec eux (Rachel, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

L'entrevue motivationnelle, ça nous prendrait ça, toute la gang (Chandler, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Dans le même ordre d'idées, les gestionnaires et les intervenants dédiés ont rapporté que la co-construction du programme permet graduellement de changer la

dynamique des équipes cliniques, surtout celle de l'unité de traitement. Entre autres, les psychiatres de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique écoutent Vincent et celui-ci leur donne l'opportunité d'avoir un nouveau regard sur les traitements en dépendance. Le sentiment d'impuissance nommé par des membres de l'équipe de l'unité de traitement n'est plus aussi présent qu'avant. Vincent est devenu une référence pour les cas de problèmes de santé mentale sévères et persistants pour les SRD. En d'autres termes, le partage d'expertise augmente le sentiment de compétence des équipes cliniques et diminue l'anxiété des autres membres du personnel.

J'étais à [autre ville] dans l'unité de courte durée, on a rencontré les psychiatres puis on est venu sur le sujet de la consommation et ils me parlaient de ça comme j'entendais parler voilà trois ans mes psychiatres ... Je me suis dit, chez nous on a fait un bout ... Je vois des retombées positives sur mes équipes parce que si je compare avec l'avant programme, les gens étaient vraiment mal à l'aise, insécures face à la consommation et dépourvus, puis là je n'entends plus ça ... On gère la consommation de façon différente puis on n'est pas dépassé et là on sait qu'il y a quelque chose, que le problème est connu et qu'il y a des solutions... (Paul, gestionnaire).

Ce projet-là permet de démontrer la valeur de l'intégration des services puis je pense qu'on est capable de travailler ensemble ... c'est vraiment parti d'une volonté de travailler en collaboration et il n'y a personne qui s'est tiré la couette là. Je pense que ça peut être porteur d'autres projets (Denise, gestionnaire).

L'équipe des SRD n'hésite pas à poser des questions à Vincent sur cette clientèle présentant un trouble concomitant; il est vu comme une personne ressource. Elle constate aussi que Vincent leur apporte une visibilité à l'unité de traitement. Le développement de connaissances et d'expertise est vu comme un bénéfice.

### **Les facteurs facilitant l'implantation du programme**

La collaboration entre les intervenants dédiés et leurs gestionnaires respectifs semble être au cœur de la réussite de l'implantation du programme, les uns ayant nommé les autres comme ingrédients de succès.

#### **Intervenants dédiés**

Les gestionnaires croient que les intervenants dédiés sont un facteur important dans la réussite de l'implantation du programme grâce à leur crédibilité et leur capacité d'adaptation. Ils soulignent particulièrement leur capacité d'avoir pu ajuster le programme à l'environnement de vie qu'est l'unité de traitement.

[Une force du programme] c'est la capacité d'adaptation [des intervenants dédiés], leur manière de mieux répondre aux besoins des usagers (Paul, gestionnaire).

#### **Le soutien des gestionnaires**

Les gestionnaires ont mentionné brièvement qu'ils ont choisi de donner carte blanche et le temps nécessaire aux intervenants pour bâtir le programme. Ils avaient foi en la co-intervention et l'approche directe dans le milieu de vie. Stéphanie et Vincent nomment être très satisfaits de ce support qui s'est notamment manifesté par l'achat du matériel demandé (p.ex. autoriser le café, achat des autres programmes, etc.). De plus, les intervenants dédiés rencontrent périodiquement leur gestionnaire respectif pour leur faire part de l'avancement et de leur état émotif face au programme et il arrive aussi aux intervenants dédiés ainsi que leur gestionnaire respectif de se rencontrer pour discuter du programme. Les directeurs des gestionnaires avaient également une volonté d'instaurer

un volet de services pour cette clientèle. Sans ce soutien, les intervenants croient que le programme n'aurait pas pu voir le jour. Aussi, ils perçoivent les gestionnaires comme étant très aidants, grâce au fait qu'ils avaient foi dans le programme et leur laissaient l'autonomie de le développer.

Je pense que les coordonnateurs, en premier lieu, y croyaient beaucoup. Entre autres, Paul y croyait beaucoup puis nous autres c'était Denise qui y croyait beaucoup à cette approche-là, d'aller intervenir à l'hôpital directement et que ce soit vraiment ensemble qu'on travaille avec les gens des unités... (Vincent, intervenant dédié).

Il n'y a pas eu d'embûches comme telles, c'est certain qu'on nous a laissé aller avec, on avait une certaine autonomie pour dire ce qu'on voulait faire. Ils nous ont laissé l'autonomie (Stéphanie, intervenante dédiée).

### **Les obstacles à l'implantation du programme**

Les différents obstacles à l'implantation du programme sont décrits par les participants comme touchant les différentes croyances quant aux moyens à utiliser pour des traitements en dépendance, l'ajustement face au milieu de vie et l'autodidactie des intervenants dans la création du programme.

### **La disparité des points de vue**

L'un des enjeux pour les intervenants dédiés est de devoir se créer une crédibilité et une collaboration avec l'équipe clinique et les médecins psychiatres qui entourent les usagers, car ils ne partagent pas toujours les mêmes points de vue. Certains participants ont révélé qu'il existe une différence entre les équipes de jour et de nuit au niveau de l'application du cadre. Ils notent qu'il existe une disparité dans la vision sur l'encadrement des usagers et que, d'une personne à l'autre, l'intervention ne sera pas forcément la même.

Comme le disait Chandler tout à l'heure, on n'a pas tous les mêmes écoles de pensée (Cécilia, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Les gestionnaires ont peu parlé des croyances du personnel face au programme. Selon le personnel cadre, plusieurs employés de l'unité de traitement seraient peu favorables à la réduction de méfaits et demeureraient confortables avec le système actuellement en place (conséquences). Par contre, ils remarquent qu'avec le temps, la crédibilité de Vincent apporte progressivement un changement de perception à propos des traitements efficaces en dépendance.

Cependant, je ne sens pas le personnel à l'aise avec cela [la réduction des méfaits] ... On gère la consommation de façon différente et on n'est pas dépassé, et on sait qu'il y a quelque chose [traitements en dépendance], que le problème est connu et qu'il y a des solutions (Paul, gestionnaire).

Les intervenants dédiés se sont heurtés à des croyances erronées face à l'intervention en dépendance, notamment au niveau du nombre de rencontres nécessaires avant de constater des changements dans les habitudes de consommation chez la clientèle. Au-delà du programme, cela affecte leur travail au quotidien.

C'est venu sur le fait qu'on était, bien en tout cas moi j'étais toute seule, vraiment là, j'étais toute seule, puis là ils disaient « bien ce n'est pas grave il a consommé, il va voir Stéphanie ». Puis, le lendemain, s'il reconsommait, ils disaient : « oui, mais pourtant il t'a déjà rencontré. Tu es intervenue auprès de lui ». Oui, mais ça ne se règle pas comme ça. Alors, les croyances sont... il manque un peu de formation, je pense, au niveau des employés. Vincent est venu nous en donner, mais si on devrait en avoir de façon constante (Stéphanie, intervenante dédiée).

Les médecins œuvrant à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique sont décrits comme ayant accepté l'idée du programme, tout en demeurant dans leur

conception d'une approche basée sur les conséquences. La réduction des méfaits n'est pas bien acceptée; les intervenants dédiés doivent instaurer un lien de confiance avec les médecins afin d'obtenir des références au programme. De plus, les médecins peuvent oublier de faire la référence, ce qui entraîne de reporter les rencontres de groupe, faute de participants. Il est alors important, pour les intervenants dédiés, de créer une alliance avec les médecins généralistes spécialisés en santé mentale afin qu'ils réfèrent au programme et les sensibiliser aux approches probantes pour les TUS.

Je suis ambivalente un peu... Il y a certains médecins qui nous voient arriver et ils disent : « Youpi, on vous les réfère ». Alors que d'autres ... vont faire une requête en psychoéducation, mais ils vont déjà dire ce qu'ils veulent que tu fasses. Ils ne te laissent pas l'autonomie... On amène des fois des approches, ce n'est pas toujours certain que ça va être écouté... Ça dépend vraiment des médecins. Il va avoir des médecins très collaborateurs et d'autres qui le sont un peu moins là (Stéphanie, intervenante dédiée).

Il y a également une difficulté à pouvoir partager des hypothèses ou lancer une discussion sur la consommation des usagers durant les rencontres d'équipe en raison des croyances divergentes à ce sujet. Un manque d'écoute de la part de certains membres de l'équipe clinique et médicale a été rapporté. Parmi les bénéficiaires du programme rencontrés, une répondante mentionne que Stéphanie semble être la seule de son équipe à vouloir mettre en place la réduction des méfaits et assouplir le système de conséquences.

Je trouve ça plate pour elle [Stéphanie] parce que je vois qu'elle a tellement de beaux projets, elle voudrait transmettre ça pour qu'on vive une vie épanouie, mais il y a le reste du personnel qui conçoit que, c'est plus difficile et que, peut-être qu'on ne sera jamais capable d'atteindre une situation sans consommer, mais elle est consciente de notre potentiel même si on consomme. Je ne dis pas qu'elle est fière de ça, je ne dis pas qu'elle est d'accord, mais elle a tellement d'ambition pour aider les gens, et pour changer la situation (Josée, usagère).

## **L'ajustement face au milieu de vie**

Certains membres de l'équipe clinique des SRD font état que Vincent a été associé aux règles de vie contraignantes et que cela lui aurait donné un côté aversif aux yeux des usagers. En conséquence, certains usagers ne voulaient plus l'avoir en suivi. Quelques personnes issues de l'équipe des SRD nomment aussi la structure de l'unité de traitement qui ne cadre pas avec la philosophie du programme et que cela est un obstacle. Cette idée, de façon plus élaborée, fait le contraste entre le milieu de vie, axé sur les conséquences face au comportement de consommation et l'objectif du programme qui vise à travailler la motivation sur une plus longue période.

Stéphanie et Vincent ont vu les principales embûches au niveau de l'ajustement des horaires. Par exemple, les séances de groupe pouvaient parfois entrer en compétition avec l'heure du repas. Ceci pouvait faire en sorte que les résidents préféraient aller manger plutôt que d'assister à une rencontre. Vincent explique qu'il a dû apprendre qu'à une certaine heure correspond une certaine activité figurant à l'horaire préétabli des usagers et il a dû donner des rendez-vous aux usagers en conséquence.

Il [Vincent] est en compétition avec le dîner parce que certains disaient : « On va dîner, c'est du pâté chinois aujourd'hui ». Et Vincent disait : « On va attendre quelques minutes, on n'a pas terminé » et il était vraiment en compétition avec le dîner. Il faut jouer avec ces horaires-là. Des fois, on s'est fait prendre, on cherche un client, oups, il est parti, il va arriver dans cinq minutes, oups il n'est pas revenu de fumer. Dans les débuts, on commençait des groupes avec vingt minutes de retard, il y en a qui venaient s'intégrer, c'était le free for all. Depuis qu'on a commencé [le nouveau groupe] celui-là, c'est stable (Stéphanie, intervenante dédiée).



### **L'autodidactie des intervenants dédiés**

Les gestionnaires rejoignent les intervenants dédiés en disant que le fait de devoir monter le programme de manière autodidacte a ralenti le processus d'élaboration du programme. Les intervenants se sentaient dans le doute quant à savoir si les rencontres qu'ils effectuaient étaient aidantes pour la clientèle.

C'est [le fait d'avoir à apprendre de manière autodidacte] plus long ... on a commencé en janvier 2014 à travailler là-dessus puis on commence à ... maîtriser ce qu'on amène. Ça a pris plusieurs essais, ça a pris plusieurs adaptations des programmes en fonction de qui on rencontre puis là je dois dire que c'est plus facile. On n'est plus en train de se questionner sur le contenu, on l'applique, on est capable d'aller plus loin. Chaque fois, on essaie de valider, est-ce que ça marche avec le contenu ? Tu es toujours en train d'évaluer le contenu, pour voir si on en a besoin et là d'une rencontre à l'autre tu adaptes tout le temps... (Vincent, intervenant dédié).

C'est des clients qui sont encore ici, ça fait longtemps, il va ravoir un peu de consommation, tu te dis « de semaine en semaine, ils ne retiennent pas ce qu'on a dit ». On s'est questionné à plusieurs reprises. Pas juste non plus sur le contenu, mais sur deux fois par semaine, est-ce qu'on les a brûlé? Est-ce qu'une fois par semaine...? Est-ce qu'il leur faut un nanane? On a vraiment réfléchi, mais on l'a discuté, des fois de sortir de la rencontre et de dire : « Qu'est-ce qu'on a fait aujourd'hui? »... ça je pense... c'est correct. Il a fallu s'adapter à cette réalité-là (Stéphanie, intervenante dédiée).

Donc, on est vraiment dans l'innovation, essais et erreurs un peu, tout en se basant aussi sur des bonnes pratiques ou des données probantes, mais on ne pouvait pas... on n'a pas un programme tout fait pour dire « ah c'est ça qu'on implante ». On n'est pas là-dedans, puis on aurait été dans l'erreur aussi parce que, probablement, que ça n'aurait pas été adapté et on n'aurait pas nécessairement eu de bons résultats (Denise, gestionnaire).

### **Pistes d'amélioration**

Les différentes pistes d'amélioration nommées par les répondants touchent notamment l'importance d'un dossier unique, de diffuser davantage le programme, d'offrir plus de formation aux intervenants dédiés, de démystifier l'impact du traitement

de la consommation auprès du personnel, d'avoir la possibilité de tenter la réduction des méfaits auprès des usagers, d'allouer plus de temps pour le programme, de modifier le recours aux DDR, de monitorer les indicateurs de performance des clients, de modifier quelques aspects supplémentaires du programme (p.ex. le fait d'augmenter les rencontres à l'extérieur et maximiser l'intégration des services en se concentrant sur l'implantation d'une équipe concertée autour des usagers) ainsi que d'offrir de nouveaux services spécifiques aux usagers.

### **Dossier unique ou plan d'intervention commun**

Au moment de la collecte de données, les plans d'intervention des usagers étaient séparés par secteur, c'est-à-dire les services de réadaptation en dépendance ainsi que l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique. Ainsi, au moment des entrevues, la majorité des professionnels, autant ceux des SRD que ceux de l'unité de traitement, ont nommé la nécessité d'un plan d'intervention commun. Le dossier et le plan d'intervention communs seraient une amélioration, car ils permettraient une communication plus fluide entre les services de réadaptation en dépendance et en santé mentale. Les usagers pourraient avoir les mêmes objectifs à travailler avec leurs différents intervenants. Les intervenants dédiés pensent qu'un plan d'intervention unique pourrait être aidant dans leur travail, afin de mieux suivre l'évolution de leurs clients.

Avoir un plan d'intervention commun serait quelque chose qui serait important de faire ressortir. Actuellement, ce n'est pas le cas. Ce sont des plans d'intervention dans chacun des dossiers qui ne sont pas communs. Alors, je travaille des choses. Stéphanie est dans le dossier s'il y a d'autres choses. Ça serait un enjeu majeur à venir, qu'il n'y ait pas deux plans d'intervention

différents que le client ne s'approprie pas, mais qu'il y en ait un (Vincent, intervenant dédié).

Une communication plus fluide avec la santé mentale là, des fois on a quelqu'un, il est déjà en suivi en santé mentale ou... on ne le sait pas, et on marche avec des autorisations, il ne veut pas et... ça devient compliqué. Un souhait idéal, ce serait un dossier unique (Ted, membre de l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance).

### **Faire connaître davantage le programme à l'interne**

Des employés de l'unité de traitement aimeraient en savoir plus sur les interventions que Vincent fait auprès des usagers ainsi que sur leur progression. Le suivi et le contenu du programme intéressent le personnel, il s'agit d'un souhait exprimé davantage par les équipes du soir que celles du jour qui obtiennent ces informations directement de Stéphanie. De leur côté, les intervenants dédiés pensent que le programme doit être encore plus connu par les autres membres du personnel afin qu'il y ait plus de références. La diffusion permettrait une meilleure connaissance sur l'approche qui soutient le programme, ce qui favoriserait une amélioration de la compréhension de l'intervention en dépendance parmi le personnel.

### **Formation des intervenants dédiés**

Les intervenants dédiés auraient aimé bénéficier de formations pour l'élaboration de leur programme d'intervention et en connaître plus sur les autres programmes qui ont été mis en place au sein d'autres institutions.

Ça aurait peut-être été l'un d'aller voir d'autres unités de soins. Exemple, justement, Robert Giffard, ce qu'ils ont fait? ... Ça aurait été l'un d'aller les rencontrer [les créateurs du programme « Bon trip, bad trip »]. Pour vivre une

journée avec eux autres. On serait reparti peut-être un petit peu moins loin (Vincent, intervenant dédié).

### **Démystifier l'impact du traitement de la consommation, les aspects de chronicité et la définition du succès des traitements**

Plusieurs employés de l'unité de traitement ont demandé à être formés sur les traitements probants en dépendance. Ils croient que le partage d'expertise et la complémentarité entre les connaissances des traitements en dépendance et ceux en psychiatrie sont nécessaires. Cela est supporté par l'équipe des SRD qui spécifie qu'il serait approprié de former le personnel de l'unité de traitement sur les valeurs et les façons de faire en intervention en dépendance.

Avoir de la formation, on n'en a pas de formation là-dessus [l'approche motivationnelle], on y va au pif ou avec notre vécu là. On s'en va un peu à tâtons là-dedans (Membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

La seule chose qui me vient en tête, premièrement, c'est de peut-être sensibiliser le personnel [de l'unité de traitement] à la façon de faire [interventions probantes en dépendance]. Un peu leur transmettre les valeurs du groupe puis qu'est-ce que nous on espère puis comment qu'on fonctionne pour pas qu'on ait... deux discours incohérents (Charlotte, membre de l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance).

L'avis des intervenants dédiés converge dans le même sens puisqu'ils pensent qu'il serait important de former davantage les collègues de Stéphanie quant à l'approche au niveau de l'accompagnement en dépendance pour limiter les conséquences vécues par les usagers. De façon plus détaillée, l'enseignement sur la manière de reprendre avec un usager la situation suite à un DDR positif au lieu de le punir est une cible. Les intervenants

s'accordent pour dire que la demi-journée de formation offerte en 2014 n'est pas suffisante et qu'il devrait y en avoir d'autres.

Il y a un défi là parce qu'effectivement, il y a des équipes, ça roule, le personnel roule puis en même temps ils pratiquent... ils n'ont peut-être pas la possibilité de pratiquer certaines approches qu'ils pourraient avoir avec leur clientèle... Je pense qu'on pourrait en donner [de la formation] un petit peu plus souvent, là on l'a fait au début, début... en 2014, et on n'en a pas refait depuis ce temps-là. Puis en même temps, c'est nos principaux collaborateurs, de tous les jours alors on... Ce serait peut-être intéressant que ça ne soit pas juste un volet clientèle, mais un volet aussi d'amener le personnel à avoir une aisance un peu avec ça (Vincent, intervenant dédié).

### **Réduction des méfaits**

Bien que certains ne partageaient pas cet avis, des membres du personnel de l'unité de traitement ont nommé qu'il serait intéressant d'implanter des interventions de l'ordre de la réduction des méfaits. Ils croient que cela favoriserait le lien de confiance avec la clientèle. Le fait de récompenser les succès des usagers serait plus adéquat que de les punir selon eux.

J'aimerais ça qu'on ait un programme de réduction des méfaits qui les récompenserait au nombre de jours, mais que ce soit une récompense plutôt qu'une punition là (Tracy, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Les gens sont tannés de se faire faire des DDR, des dépistages là... puis, pourtant, vous voyez qu'il est en état de consommation, vous voyez qu'il est intoxiqué. Alors, est-ce qu'on peut attendre de le laisser décanter puis est-ce que c'est important de savoir ce qu'il a consommé? (Stéphanie, intervenante dédiée).

### **Allouer plus de temps pour ce programme et augmenter la présence aux réunions d'équipe**

Des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement soutiennent que Vincent pourrait venir plus souvent dans le milieu et participer aux rencontres d'équipe. Sa présence permettrait l'amélioration des connaissances du personnel sur les interventions en dépendance. De plus, les discussions de cas régulières en grande équipe seraient une nécessité selon les intervenants dédiés.

Une discussion de cas clinique, aussi, ça pourrait être légitimée encore plus dans les réunions d'équipe puis de voir est-ce qu'on peut s'assurer à chaque rencontre, qu'il y ait un de nos usagers qui est discuté pour qu'ils puissent comprendre la réalité de consommation de cet individu-là. On s'en parle entre nous deux, mais on les voit ensemble, c'est bien normal ... Mais le reste de l'équipe ne sait pas. Alors, créer une discussion de cas régulière de nos clients, mais en grande équipe serait nécessaire (Vincent, intervenant dédié).

Plusieurs membres du personnel de l'unité de traitement s'accordent pour dire que l'unité de traitement a besoin de l'expertise des services de réadaptation en dépendance. Ces personnes ont suggéré que des employés des SRD viennent y travailler et qu'il n'y ait pas que Vincent, ce qui permettrait de créer un département de troisième ligne en dépendance et psychiatrie au sein de l'unité. Ceci donnerait lieu à une planification d'activités adaptées aux besoins de cette clientèle spécifique. D'autres suggèrent d'avoir une ligne d'écoute prodiguée par les SRD.

J'aimerais ça avoir un département que pour eux : santé mentale et toxicomanie. Et que ce soit tous sur le même département... (Rachel, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique)

Et la planification d'activités aussi pourrait être en fonction de ce besoin-là. Avoir un mélange surtout d'intervenants, Domrémy et nous sur ce

département-là serait l'idéal (Cécilia, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Et ceux qui sont sur ce département-là, de les spécialiser, de leur en donner de la formation là. ... Je ne sais pas s'il pourrait y avoir aussi un numéro de téléphone avec Domrémy où il y aurait un genre de télé-écoute, où le gars veut absolument consommer puis... nous on essaye, mais... (Rachel, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique)

Dans un autre ordre d'idées, les gestionnaires ajoutent que Stéphanie doit être mise davantage en contact avec les SRD et incluse dans leurs réunions d'équipe.

Ça pourrait être une bonne idée que Stéphanie puisse venir dans nos réunions d'équipe aussi pour qu'on puisse bénéficier de son expérience, mais effectivement, ce bout-là n'a pas nécessairement été fait, le bout a été plus fait avec Vincent dans l'unité... (Denise, gestionnaire).

Les intervenants dédiés avouent ne pas être en faveur des DDR et croient qu'une réduction de ceux-ci pourrait être aidante. Ces dépistages sont vus comme confrontant pour la clientèle et entravent l'alliance thérapeutique.

Ils [certains membres du personnel de l'unité] veulent savoir ce qu'ils [les usagers] ont consommé en lien avec la médication aussi, mais des fois c'est plus pour savoir, finalement, est-ce qu'il a consommé ou il n'a pas consommé. Ça amène les clients à se cacher puis à jouer à la cachette (Stéphanie, intervenante dédiée).

### **Monitorer l'évolution des clients dans le programme**

Les gestionnaires pensent que le nombre d'heures d'exposition au traitement serait un indicateur pertinent à monitorer. Ils trouvent intéressant de mesurer la durée pendant laquelle l'utilisateur persiste dans les traitements suite au retour dans les services externes après la fin du traitement en psychiatrie de longue durée. Ils voudraient suivre également la progression des usagers quant à savoir si leur état de santé mentale s'améliore, si le

traitement fonctionne, mais croient que ce serait difficile à faire. Un gestionnaire a suggéré une systématisation du processus d'intervention suite à plusieurs expérimentations qui permettrait d'établir différents profils (A, B, C...) afin d'établir des patrons (*patterns*) de suivi, ce qui donnerait lieu à l'établissement d'une trajectoire par profil dans le programme.

Éventuellement, dès qu'on a expérimenté, différents types d'intervention, j'aimerais qu'on organise un peu le cheminement à travers ces différents types d'intervention. Avoir un profil A, avoir un profil B, vous me suivez, avoir un profil C, systématiser le processus ... Je suis convaincu qu'il y a des patterns de suivi ... Il y a des points communs. Première phase, c'est la prise de contact, la deuxième phase c'est l'engagement, puis l'engagement ce serait quoi par exemple. Il s'embarque dans le groupe ou il s'embarque dans une démarche individuelle. En co-animation (Paul, gestionnaire).

Les intervenants dédiés rapportent avoir des statistiques concernant la présence aux rencontres. Cependant, des données plus qualitatives sur l'évolution de la situation des usagers afin de bien ajuster l'intensité de soins serait un ajout intéressant au programme.

On a des statistiques, qui était présent, qui a été invité, qui a participé, on l'a pour l'ensemble de nos groupes. On a peut-être ces statistiques-là, mais en même temps, c'est plus au niveau de la qualité, que de la présence parce que souvent on va avoir des clients présents, mais... (Stéphanie, intervenante dédiée).

Ils sont là de corps, mais pas d'esprit (Audrey, stagiaire au sein de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

C'est sûr que le nombre, c'est bien embêtant, mais ce qui peut être important aussi c'est le nombre d'interventions qui ont été réalisées auprès de chacun des usagers. En même temps, on ne sait pas tant leur degré d'apaisement face à certaines crises qu'ils vont vivre en cours de route (Vincent, intervenant dédié).



### **Ajouts ou modifications à la programmation**

Quelques membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement croient que des conférenciers constitués d'anciens consommateurs venant parler de leur expérience pourraient être un apport intéressant au programme. En plus, les conférenciers pourraient ressentir de la fierté à témoigner. Ils rapportent aussi de copier le principe de « Patients partenaires » où les usagers pourraient avoir un parrain. Des usagers rencontrés rejoignent ce point de vue, plusieurs ayant manifesté de l'intérêt pour avoir ce type de conférences.

Avec une personne qui est capable de faire des témoignages sur leur ancienne consommation pour savoir comment faire pour y arriver, à passer au travers (Camil, usager).

C'est valorisant pour eux, celui que ça fait 165 jours, venir faire une conférence, il serait fier. ... Puis qu'il y ait des conférences d'ex toxicomanes... (Tracy, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Oui, parler de son expérience, faut dire que cela a semé des petites choses... mais si on avait ça souvent, ils se connaissent tous entre eux autres. Là, ils voient arriver un [ancien usager] qui s'en est sorti. Il a des projets, ils voient qu'il a avancé, il y a quelque chose. Ça donne de l'espoir aux autres aussi. J'avais trouvé ça fort intéressant (Cécilia, membre de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique).

Une série de modifications au programme a été suggérée par des usagers. D'abord, les rencontres à l'extérieur sont appréciées et pourraient s'y dérouler plus souvent selon certains. De plus, ils voudraient plus de temps pour leurs activités ludiques (p.ex. fumer). Enfin, ils aiment tous le café et aimeraient en avoir plus.

[J'aimerais] avoir plus de café (Simon usager).

Si on avait une sortie ensemble une fois par semaine, bien là on a la thérapie qu'on fait souvent en marchant dehors, ça fait comme un privilège (Josée, usagère).

Les intervenants croient que les prochains changements doivent être davantage de l'ordre d'une équipe concertée autour de l'individu afin de maximiser l'intégration des services.

On a mis beaucoup l'emphase auprès des clients pour savoir c'est quoi le travail qu'il faut faire auprès d'eux. Je pense qu'on est assez à l'aise de ce qu'on fait avec eux autres, ce qu'on a à leur offrir et tout ça. Là, c'est de mettre une équipe de travail autour de l'individu, à partir de certaines approches par rapport à la consommation. Elle fait partie de leur réalité à tous les intervenants qui sont ici, la consommation par l'utilisateur, alors comment on peut travailler ça ensemble. Comment on peut avoir des plans d'intervention uniques, mais où on est tous impliqués. La référence aussi avec les psychiatres, comment on peut travailler avec eux et que ça aille bien, dans le sens qu'ils sentent qu'on supporte leur traitement psychiatrique puis qu'ils, en même temps, supportent le nôtre dans le traitement de la consommation (Vincent, intervenant dédié).

Ce n'est pas le contenu là, on est à l'aise avec l'ensemble des thèmes qu'on a, avec la façon qu'on le fait aussi, les suivis individuels je pense qu'ils ont eu un impact majeur... Mais effectivement, le « à côté » demeure présent... Je pense qu'on a à travailler l'approche au niveau de la consommation (Stéphanie, intervenante dédiée).

### **Arrimer les services de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique avec les services externes**

Les intervenants dédiés parlent de mieux arrimer les services avec les ressources externes, telles que des ressources non institutionnelles, des familles d'accueil ou des résidences supervisées, afin d'établir une intensité de services appropriée à leurs besoins allant de leur admission à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique jusqu'à leur congé définitif. Pour ce faire, cela passerait par une collaboration intersectorielle qui

pourrait peut-être permettre à un intervenant de se déplacer chez l'utilisateur dans le but de poursuivre son suivi avec les services de réadaptation en dépendance.

Quand qu'ils [les usagers] sortent parce qu'ils vont dans des ressources non-institutionnelles [RNI], les résidences d'accueil. Les gens, ce qu'ils disent, c'est : ce n'est pas simple d'aller les mener à Domrémy, parce que nous autres c'est notre résidence, il faut engager quelqu'un pour qu'il nous remplace pendant qu'on va le reconduire. Ça enlève un petit peu l'accessibilité. Est-ce qu'il va y avoir des choses à faire aussi après, de dire bon est-ce qu'on se déplace dans les RNI maintenant, on va directement là les rencontrer? Ou, en tout cas, on organise ça autrement pour que ce soit facilitant. Il va y avoir une réflexion autour de ça. Quoi qu'ils ont déjà des intervenants au dossier du CSSS alors souvent c'est avec eux... (Vincent, intervenant dédié).

Oui, mais au niveau de la charge de cas, ils l'ont une fois par mois, ils voient le client une fois par mois, s'il faut qu'à toutes les fois, une fois par mois, ce soit la visite à... Il va manquer une intensité de services, je pense (Stéphanie, intervenante dédiée).

C'est ça, effectivement. Ça ferait un suivi continu, de l'urgence jusqu'au moment où ils se retrouvent réinsérés dans la société (Vincent, intervenant dédié).

## Discussion

Les principaux résultats pouvant être pertinents pour des interventions futures seront discutés dans cette section. Ces résultats seront comparés à ceux qui se retrouvent dans la littérature et mis en relation avec des concepts à la base de la psychoéducation. Présentée de façon concise, une discussion méthodologique sera également abordée. Pour terminer, nous nous attarderons sur l'utilité et le réalisme d'un programme d'intervention intégrée ainsi que sur les perspectives futures de celui-ci. Il est important de rappeler que les propos des participants servant à cette discussion ont été recueillis en 2015 ainsi qu'en 2016. Le programme d'intervention intégrée a connu des modifications depuis ce temps.

### **Le point de vue des usagers**

Le présent mémoire visait trois objectifs. Le premier consistait à documenter les perceptions d'usagers présentant un trouble concomitant de santé mentale et de trouble d'utilisation de substance (TUS) au sujet d'un programme d'intervention intégrée traitant ces deux problématiques simultanément. La forme, le contenu, les impacts et les retombées du programme étaient les points à explorer avec les usagers. Les entrevues individuelles effectuées auprès de ces participants ont permis de dégager plusieurs constats. D'abord, plusieurs bénéficiaires du programme rapportaient avoir un lien de confiance fort avec les intervenants dédiés et un plus grand désir de participer aux rencontres en lien avec les qualités humaines et professionnelles de ceux-ci. Les six

usagers rencontrés ont verbalisé avoir apprécié leur suivi auprès de Vincent et de Stéphanie. Cela concorde avec les lignes directrices du SAMHSA (2013) pour l'intervention auprès des personnes ayant un trouble concomitant qui font état de l'importance de développer l'alliance thérapeutique avec l'usager. Dans le même ordre d'idées, les études de Mueser (2012) et Skinner *et al.* (2010) mettent en lumière que l'alliance thérapeutique se doit d'être établie en premier lieu, avant de débiter l'intervention. En ce sens, des recherches indiquent que l'alliance thérapeutique serait un excellent prédicteur de l'issue de l'intervention (Hubble *et al.*, 2010; Mee-Lee *et al.*, 2010; Najavits *et al.*, 2000). D'autres études spécifiques au champ de l'intervention en dépendance ont constaté une association entre la force de l'alliance thérapeutique et l'efficacité des interventions du clinicien. Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh et Donovan (1997) ont trouvé que les évaluations autant produites par le clinicien que par l'usager à propos de leur alliance étaient de forts prédicteurs du maintien en traitement. Il est à noter que l'étude de Connors *et al.* (1997) portait sur une clientèle ayant un trouble d'usage d'alcool. Plusieurs recherches se sont également penchées sur l'ouverture des usagers face à la thérapie lorsque l'intervenant adoptait de façon constante un rôle d'allié et qu'il n'émettait pas de jugements (Frank et Gunderson, 1990; Luborsky, Barber, Siqueland, McLellan et Woody, 1997; Siris et Docherty, 1990; Ziedonis et D'Avanzo, 1998). Une étude réalisée auprès de personnes ayant un trouble d'utilisation d'opiacés et souffrant d'une psychopathologie allant de modérée à sévère a établi que moins de 25% de ceux qui possédaient une alliance thérapeutique considérée faible complétaient la thérapie. De leur côté, plus de 75% des usagers qui possédaient une forte alliance

thérapeutique terminaient avec succès leur thérapie (Petry et Bickel, 1999). Les propos des usagers rencontrés pour ce projet de mémoire vont dans le même sens que ces études, c'est-à-dire que l'intervenant est un facteur de succès dans les traitements en dépendance et en santé mentale.

Les usagers rencontrés dans le cadre de la présente étude ont dit, de façon générale, apprécier les contenus abordés en rencontre individuelle ou de groupe dans le cadre du programme. Le type d'animation est aussi un point fort selon eux. En effet, un intervenant s'occupe davantage d'approfondir les sujets, alors que l'autre voit à l'ambiance propice des rencontres. Outre ces aspects, la possibilité d'aller à l'extérieur ou de boire un café durant les rencontres ainsi que le respect de leur rythme personnel sont les composantes jugées les plus aidantes et motivantes par les bénéficiaires du programme intégré. Par ailleurs, le contenu des rencontres motive des usagers à réduire leur consommation ou à mieux comprendre les impacts de leur consommation sur leur fonctionnement quotidien. Ceci fait écho à l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2013), un type d'intervention conçu pour les personnes ayant un trouble primaire de TUS qui, par la suite, a été adapté pour les individus ayant des troubles mentaux graves (Corrigan, McCracken et Holmes, 2001; Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt et David, 1996; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward et David, 1998), incluant le trouble concomitant de TUS (Carey, 1996). Au cours des entretiens motivationnels, le clinicien doit faire ressortir les incompatibilités entre le TUS et les objectifs souhaités par l'utilisateur (p.ex. l'achat d'une voiture). Cela permet donc d'instaurer et de maintenir la motivation au changement et permet à l'utilisateur de constater

les impacts de sa consommation sur sa vie et ses objectifs personnels (Mueser, 2012). D'autres effets positifs de cette approche pour cette clientèle sont la réduction de la consommation et le maintien en thérapie (Björk, 2014; Magill *et al.*, 2014). À titre comparatif, en 2007, les directions du Programme santé mentale et déficience intellectuelle adulte du CSSS Pierre-Boucher et de la Direction des services professionnels et de réadaptation du centre de réadaptation en dépendance Le Virage ont décidé de fournir une offre de service adaptée aux personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et de TUS. Cela a donné lieu au programme MOSAIC (Proulx, Hamel et Tétreault, 2012) comprenant des activités de groupe s'adressant à une clientèle avec un trouble psychotique et de TUS animées par un intervenant issu du CRD et un intervenant provenant du CSSS. Les intervenants de ce dernier programme ont constaté que les usagers apprécient l'accessibilité à des services qui n'existaient pas auparavant. De plus, ils ont remarqué que ces services aidaient les usagers à mieux comprendre leurs difficultés et favorisaient leur engagement dans le traitement (CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012).

Les points négatifs qui ressortent des propos des usagers rencontrés dans le cadre de la présente étude touchent surtout les règles de vie de l'unité de traitement. À ce sujet, Mueser (2012) rappelle que les interventions dites coercitives sont efficaces pour engager le client dans une thérapie, mais ne sont pas à confondre avec la thérapie en soi. Certains usagers rapportaient également que, lorsqu'ils discutent de consommation avec les intervenants dédiés dans le cadre des rencontres du programme, cela suscitait une envie



de consommer. Pour ce dernier point, il aurait été intéressant d'approfondir auprès de ceux-ci les stratégies employées auprès des usagers lorsque ces envies surviennent pendant ou après les rencontres de groupe.

Enfin, plusieurs usagers ont fait référence à une insatisfaction face à la modalité d'intervention de groupe. Cette situation peut être expliquée en partie par des facteurs d'aide thérapeutique (Bloch et Crouch, 1985; Lindsay *et al.*, 2006; Reid, 1997; Yalom et Leszcz, 2008). D'une part, les usagers rencontrés dans le cadre de ce projet ont exprimé ne pas se sentir liés aux autres dans le groupe et que la présence de leurs compères ne leur apporte rien. Ceci fait écho à l'intégration, ou cohésion de groupe, un facteur d'aide thérapeutique qui se définit comme un sentiment d'appartenance au groupe. Cet aspect semble plutôt absent des propos des usagers et est confirmé par les intervenants dédiés qui expliquent que les usagers n'interagissent pas entre eux, qualifiant cela « d'individuel en groupe ». Bien que plusieurs usagers aient nommé avoir un lien de confiance fort envers les intervenants dédiés, il n'est pas possible de dégager de leurs propos que ce lien s'étend jusqu'à leurs pairs. Ils relatent aussi que le groupe leur donne de fortes envies de consommer et, malgré ce point commun qui serait un levier d'intervention intéressant, aucune forme de solidarité ou d'entraide ne semble en place entre eux. Or, si les usagers ne ressentent pas de cohésion, il est possible que cela les amène à considérer que le groupe ne répond pas à leurs besoins.

Un autre facteur d'aide thérapeutique qui n'est peut-être pas suffisamment développé au sein du groupe est la connaissance de soi. Ce facteur se caractérise par les apprentissages qu'une personne fait sur elle-même grâce aux commentaires et aux réactions des autres membres. En raison des difficultés particulières éprouvées par les usagers du programme et du manque d'interaction entre eux, il est plus ardu de favoriser l'introspection puisque les participants ne se donnent pas de rétroaction. En conséquence, cela peut avoir un impact sur leur cheminement en le ralentissant. Parmi les usagers rencontrés, aucun n'a mentionné de découvertes sur eux-mêmes grâce à leurs pairs. Leurs acquis tiennent davantage des aspects éducatifs, telle l'interaction entre la médication et l'usage de SPA, qui leur sont enseignés par les intervenants dédiés. En somme, ces exemples de facteurs d'aide thérapeutique peu présents et le mécontentement face au groupe nommé par plusieurs suscite un questionnement sur les avantages d'utiliser cette modalité auprès de ces usagers.

### **Le point de vue des professionnels**

Les deuxième et troisième objectifs étaient de recueillir les perceptions des intervenants qui dispensent le programme, du personnel cadre et des équipes cliniques qui œuvrent auprès de cette clientèle concernant l'implantation du programme, les retombées qu'ils constatent sur la clientèle et sur le travail de collaboration entre les intervenants et les organismes impliqués (unité de traitement et de réadaptation psychiatrique et services de réadaptation en dépendance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec).

Les rencontres de groupe auprès de toutes les catégories de professionnels ont débuté par un portrait de la clientèle. Celle-ci a été décrite comme ayant des pathologies de santé mentale sévères, complexes et persistantes ainsi qu'un trouble d'utilisation de substance. Cette double problématique les amène à constater, chez certains de ces usagers, des capacités plus limitées au plan de l'autocritique, de la mémoire, de l'attention et de l'autodévoilement. La motivation au changement de comportement de consommation est plus précaire et une partie des résidents sont en déni de leur problème de consommation ou de leur trouble de santé mentale. De plus, des membres de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique soulèvent que l'interaction entre les substances consommées et la médication prise par les usagers pour leur problème de santé mentale augmenterait le nombre de psychoses, ce qui complexifie leur travail. En effet, la consommation de substance psychoactive (SPA) peut réduire ou interférer défavorablement avec l'effet de la médication traitant les problèmes psychiatriques. Les conséquences peuvent être de l'ordre de l'oubli de la prise de la médication, ce qui peut aggraver ou entraîner une récurrence des symptômes psychiatriques (Skinner *et al.*, 2010).

Du côté des retombées sur la clientèle, des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement ont mentionné des effets positifs, notamment au niveau du développement et du maintien de l'abstinence chez certaines personnes décrites comme ayant un profil sévère de consommation et ont observé une réduction du nombre de confinements. Le programme réussit à susciter un attrait de l'arrêt de la consommation, une alliance

thérapeutique ainsi qu'une meilleure rétention en traitement. En ce sens, des usagers rencontrés faisaient état d'une volonté de cesser de consommer et de faire un cheminement personnel. Ils ont tous nommé avoir diminué leur consommation. Ces impacts également constatés par les divers intervenants du milieu vont dans le même sens que ce qui est rapporté dans la littérature : les interventions intégrées favoriseraient l'amélioration de la rétention en traitement (Mueser, Torrey *et al.*, 2003; O'Neil et Lapalme, 2016) et joueraient un rôle dans la diminution de la quantité et de la fréquence de consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives (CSAT, 2005; Drake *et al.*, 2003; Mueser, Torrey *et al.*, 2003; O'Neil et Lapalme, 2016).

Des retombées sur les équipes cliniques ont aussi été rapportées. Des membres du personnel de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique expliquaient se sentir démunis et impuissants sur les manières d'aider les usagers par rapport à leur problème de consommation avant la mise en place du programme d'intervention intégrée. Perreault, Withaeuper *et al.* (2009) se sont intéressés aux intervenants provenant d'un secteur particulier et qui viennent offrir leurs services dans un autre établissement. Ce faisant, ils sont en contact avec la clientèle et les divers membres de l'équipe de cet autre établissement. Donc, cela leur fait découvrir et s'adapter à une organisation des services et à des façons d'intervenir différentes. Cette façon de faire permet l'enrichissement des pratiques grâce à une forme de formation croisée où chacun apprend de l'autre, et qui est efficace pour accroître l'offre de service pour des personnes présentant des troubles concomitants. Dès lors, la présence de Vincent aux réunions d'équipe et la formation sur

l'entretien motivationnel qu'il a offert les ont aidés à mieux comprendre comment intervenir efficacement auprès de la clientèle. Ceci étant dit, des membres de l'équipe de l'unité de traitement ont aussi fait part d'un désir d'avoir plus souvent de la formation. Dans le même sens, l'un des gestionnaires a remarqué une évolution face aux façons d'intervenir au sein du personnel de l'unité. En ce qui a trait à l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance, les retombées touchent davantage le fait de pouvoir poser des questions à Vincent qui est vu comme une référence pour l'intervention dans un contexte de troubles concomitants puisque Stéphanie n'est pas présente aux réunions en dépendance. Enfin, un autre avantage du programme nommé par les intervenants dédiés et les gestionnaires est le fait de pouvoir offrir des services à cette clientèle qui tendait à ne pas être connue des services de réadaptation en dépendance auparavant. Effectivement, le fait d'aller où se trouve la clientèle (*outreach*) est essentiel auprès de cette clientèle (De Leon, 1996; Mueser, Torrey *et al.*, 2003; SAMHSA, 2013).

Quelques obstacles et questionnements ont aussi été abordés par des membres de l'équipe clinique des services de réadaptation en dépendance. D'une part, ceux-ci rapportent avoir une connaissance peu élaborée du programme d'intervention intégrée, ce qui peut faire en sorte qu'il est moins diffusé et discuté entre les employés. Le temps de Vincent passé à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique versus les retombées réelles et durables du programme a aussi été remis en question, c'est-à-dire que le temps investi pour parvenir à des résultats auprès des usagers ne peut être utilisé pour desservir la clientèle régulière des SRD. À ce sujet, les recherches indiquent que la démarche

d'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble concomitant est à long terme et qu'il est normal de s'attendre à des résultats progressifs (De Leon, 1996; Mueser, Noordsy *et al.*, 2003; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992; Rush *et al.*, 2002; SAMHSA, 2013)

### **Règles de vie et approches**

Par la suite, il est intéressant de constater que les règles de vie de l'unité de traitement, fondées sur une approche répressive et punitive qui emploie un système de conséquences, ont été mentionnées régulièrement par la plupart des répondants. Elles semblent nuire au travail des intervenants dédiés et amènent un contact plus difficile auprès des usagers. En effet, divers membres du personnel issus de l'unité de traitement constatent que les contraintes imposées par les règlements ne favorisent pas la motivation à l'abstinence ou la réduction de la consommation des usagers. Or, des études (Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Rush *et al.*, 2002) font état de l'importance de l'approche de réduction des méfaits auprès de cette clientèle. De plus, la prise en compte du niveau de motivation de l'utilisateur et des leviers d'intervention à utiliser afin de la soutenir sont d'autres éléments essentiels à inclure dans le traitement selon ces mêmes études. Ces aspects sont justement au cœur du programme d'intervention intégrée qui vise un changement dans la motivation des usagers. Le respect du rythme des usagers ou le café offert témoignent d'un intérêt à soutenir leur motivation. Cette approche se démarque de celle employée par l'unité de traitement. Des usagers rencontrés pour ce projet de mémoire ont nommé vouloir réduire leur consommation et plusieurs membres de l'unité de

traitement ont fait part de leurs observations quant à la diminution de la consommation. Ceci fait écho aux études portant sur l'efficacité du soutien de la motivation des usagers (Kelly *et al.*, 2012; Mueser, Noordsy *et al.*, 2003; Perreault, Perreault *et al.*, 2009; Rush *et al.*, 2002).

Certaines des recommandations du guide des meilleures pratiques à propos des troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie (Rush *et al.*, 2002) remettent en question les règles de fonctionnement en place de l'unité de traitement. Par exemple, la réduction des méfaits (Brisson, 1997) est recommandée par ce guide comme en matière d'approche à utiliser auprès de la clientèle présentant un trouble concomitant. Toutefois, elle est peu pratiquée dans ce milieu qui applique une politique de tolérance zéro en matière de consommation. Il ressortait également des propos des participants un malaise avec le fait d'appliquer cette approche. Pourtant, des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique faisaient référence à une médication *pro re nata* (PRN), pour laquelle les usagers ont une prescription, et qui est offerte lorsqu'ils la demandent. Ces PRN semblaient être utilisés d'une façon comparable à une drogue de substitution pour les usagers qui ne se sentent pas bien ou qui ressentent le besoin de consommer. Il s'agit d'une pratique qui peut s'apparenter à de la réduction des méfaits. Ceci est intéressant, car certains membres de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique se disaient peu favorables à la réduction des méfaits alors qu'ils semblaient accepter la présence des PRN. Par ailleurs, un usager rencontré expliquait avoir demandé une médication adaptée en fonction de sa

consommation, ce qui lui avait été accordé. Aussi, le programme d'intervention intégrée aborde, dans le cadre des rencontres, l'interaction entre la consommation et les médicaments pris par les usagers. Ces stratégies de gestion de la consommation en fonction de la médication et l'adaptation de la posologie mise en place par l'unité de traitement de réadaptation psychiatrique ne sont pas incohérentes avec une approche de réduction des méfaits. Cela évoque deux études portant sur des personnes présentant une dépendance à l'alcool et auxquelles de la médication au besoin (PRN) a été prescrite en addition à un traitement psychosocial. De même, il y avait un groupe contrôle dans ces études où la médication était de type placebo. Les deux recherches convergent sur le fait que la médication PRN a permis une réelle diminution de la consommation et jouait un rôle dans la réduction des méfaits (Bender, 2013; Caputo et Bernardi, 2013). Bien qu'il ne fût pas possible de trouver une étude portant sur une clientèle présentant un trouble concomitant, il est intéressant de constater que les médicaments au besoin sont de plus en plus considérés comme un outil de réduction des méfaits.

D'autres membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement discutaient de la possibilité de récompenser les usagers pour les comportements souhaités plutôt que de simplement appliquer mécaniquement des conséquences assez sévères, comme l'isolement par exemple. Il faut nuancer que cette proposition tient davantage d'une technique issue de l'approche cognitivo-comportementale, que de la réduction des méfaits en soi. Ils nommaient, par exemple, d'établir un budget avec l'utilisateur qui lui permettrait de remplacer une partie de ses dépenses en s'offrant des activités plaisantes (p.ex. aller au



restaurant) au lieu de s'acheter des SPA. En ce sens, des usagers rencontrés nommaient également vouloir obtenir plus de privilèges lorsqu'ils adoptent des comportements adéquats, tels qu'une augmentation du nombre de sorties à l'extérieur. Il s'agit donc de renforcements positifs qui sont suggérés. Le rapprochement à faire avec la réduction des méfaits serait que ces renforcements éloignent l'intervention du système de conséquences, mais ne sont pas un gage de réduction des méfaits.

### **Intégration des services**

Plusieurs études décrivent trois modèles principaux de dispensation des services pour les personnes présentant des troubles concomitants (Deady *et al.*, 2013; Dubreucq *et al.*, 2012; McCallum *et al.*, 2015; O'Neill et Lapalme, 2016). Le premier consiste en une dispensation séquentielle, c'est-à-dire que les traitements de santé mentale et de dépendance sont donnés l'un après l'autre, en fonction d'un ordre prédéterminé. Le deuxième est une dispensation parallèle, ce qui implique que les deux traitements sont reçus en même temps, mais indépendamment, par des dispensateurs de soins en santé mentale et en dépendance. Enfin, le troisième, une dispensation intégrée, fait référence à des services portant sur les deux problématiques, offerts simultanément et selon un plan de traitement planifié, par des intervenants œuvrant en santé mentale ainsi qu'en dépendance. Vu sous cet angle, ce programme s'inscrit dans le troisième modèle, celui d'une dispensation intégrée. C'est d'ailleurs ce type de service qui est le plus efficace auprès des personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants associés à un TUS (Brousselle *et al.*, 2010; McKee, 2017; Minkoff et Cline, 2004; Perreault, Perreault *et al.*,

2009; Priester *et al.*, 2016; Rush *et al.*, 2002; Skinner *et al.*, 2010). Bien qu'en matière de soins prodigués aux personnes présentant une double problématique, les meilleures pratiques disent que l'efficacité de ce modèle de traitement intégré est démontrée (O'Neil et Lapalme, 2016; Rush *et al.*, 2002; Sacks et Ries, 2005), il faut rappeler qu'il s'agit d'une clientèle complexe. Par définition, l'efficacité réfère à « la capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné » (Dictionnaire Larousse, 2018), alors il serait important de définir ce qu'est une bonne performance en termes de services offerts pour cette clientèle qui demande une plus longue période d'intervention. Des cibles réalistes devraient être mises en place et c'est ce qu'ont tenté Stéphanie et Vincent en priorisant l'approche des petits pas, en respectant le rythme des usagers et en adaptant le programme à maintes reprises.

L'efficacité de l'intégration des services repose sur le pont à faire entre les services en dépendance et en santé mentale (Brousselle *et al.*, 2007; Fleury *et al.*, 2012; Rush *et al.*, 2008). Dès lors, plusieurs modèles de services pourraient être efficaces. Mueser, Noordsy *et al.* (2003) suggérait, notamment, d'importer l'expertise du traitement en dépendance aux services de santé mentale, ce qui a été fait dans le cas de ce programme. La présence hebdomadaire de Vincent, un intervenant spécialisé en dépendance, dans le milieu de vie des usagers et travaillant en collaboration avec Stéphanie, la psychoéducatrice du milieu, est la façon dont le lien entre les deux secteurs a été fait. Il n'en demeure pas moins qu'il pourrait être pertinent d'impliquer davantage Stéphanie auprès des SRD, ce qui a été nommé par les gestionnaires par ailleurs, afin d'optimiser cet

échange d'expertise. La majorité des membres des deux équipes cliniques, les gestionnaires ainsi que les intervenants dédiés sont en accord avec le fait que l'unité de traitement a besoin de l'expertise des services de réadaptation en dépendance.

### **Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation**

Les écrits au sujet des éléments facilitants l'implantation de services intégrés parlent notamment d'inclure des supervisions cliniques (Forsner *et al.*, 2010; Mueser, Noordsy *et al.*, 2003), d'obtenir des ressources financières suffisantes afin de soutenir l'intégration, de s'assurer de la stabilité du personnel ainsi que d'évaluer le programme (Forsner *et al.*, 2010; McGovern *et al.*, 2010; Mueser, Noordsy *et al.*, 2003; Torrey *et al.*, 2011). En ce qui concerne les facteurs facilitants l'implantation du programme, les intervenants dédiés faisaient part de l'ouverture de leurs gestionnaires qui leur ont permis l'achat de programmes existants (Bon Trip, Bad Trip [Institut universitaire de Montréal, 2014] ainsi que Ma vie, mes choix [Alexandre, Labrie et Rouillard, 2005]) et qui les rencontraient périodiquement pour savoir comment allait la création et le déroulement du programme. Aussi, sa mise sur pied a fait l'objet de nombreuses expérimentations de type essai et erreur concernant le contenu, les modalités et l'intensité des rencontres. Ainsi, les ressources financières allouées aux intervenants dédiés et l'amélioration continue du programme d'intervention intégrée ont servi à son élaboration. Ces moyens sont considérés gagnants selon la littérature (Forsner *et al.*, 2010; McGovern *et al.*, 2010; Mueser, Noordsy *et al.*, 2003; Torrey *et al.*, 2011). Une amélioration proposée par les intervenants consistait à établir un système de monitoring au sein du programme. Les

idées touchaient surtout les aspects qualitatifs afin de mieux cerner l'impact des interventions sur les usagers.

Des études rapportent que, historiquement, la nature en silo des traitements, incluant les plans d'intervention, en dépendance et en santé mentale constitue une première barrière à l'implantation de services intégrés (Drake et Bond, 2010; IOM, 2015). À cet effet, les intervenants dédiés ont rapporté avoir eu quelques difficultés en lien avec les plans d'intervention par secteur ainsi que le dédoublement d'interventions qui les ont conduits à démarrer des rencontres de co-intervention. De plus, les approches différentes concernant les traitements (Gournay, 2016), les ressources financières (Gournay, 2016; Mueser, Noordsy *et al.*, 2003) et les philosophies d'intervention sont d'autres obstacles à l'implantation d'un programme d'intervention intégrée relevés dans la littérature (Gournay, 2016; Ridgely *et al.*, 1987). Ces divergences dans les approches et philosophie d'intervention précédemment nommées peuvent rappeler la disparité des points de vue concernant les traitements adéquats pour la clientèle présente à l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique. Par exemple, lorsque des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique nommaient le souhait de certains de voir les règles de vie être assouplies, alors que d'autres croyaient qu'elles devraient être plus strictes.

## **Le programme vu sous l'angle de la psychoéducation**

### **Les composantes de Gendreau**

Lorsqu'il est analysé d'un point de vue psychoéducatif, ce programme intégré d'intervention, qui est adapté aux besoins spécifiques d'une clientèle nécessitant des services de troisième ligne, est un programme qui s'explique bien par le modèle des dix composantes de Gendreau (2001) se trouvant en annexe 8. Initialement conçu en 1978, le modèle a pour postulat que l'activité psychoéducative est la base même de la psychoéducation. Celle-ci, pour être adéquate, doit répondre aux besoins des clients en regard des composantes de Gendreau (Gendreau, 2001; Puskas, Caouette, Dessureault et Mailloux, 2012a, 2012b; Renou, 2005).

De façon succincte, les composantes touchent l'individu qui reçoit l'intervention, les intervenants qui accompagnent la personne et les objectifs du client. Une composante intitulée « programme » concerne l'ensemble des activités proposées et les acquis souhaités pour la clientèle. Le contenu, spécifiquement, est défini comme l'objet d'une activité dispensée à l'intérieur d'un programme. Celui-ci est donc un ensemble d'activités qui peuvent être regroupées par thèmes (p.ex. gestion des émotions, éléments déclencheurs de la consommation, etc.) selon le contenu (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Rappelons que le programme est composé d'une première phase de 11 activités qui porte sur les avantages et les inconvénients de la consommation, et ce, tout en établissant un profil de consommation. Elle est suivie d'une deuxième phase de 11 activités également et qui touche les stratégies personnelles en regard de différents thèmes. En faisant le

parallèle entre ces deux parties du programme et la nomenclature de Gendreau, elles correspondent au programme spécifique, aux activités le composant et aux contenus associés à chacune.

Ensuite, les moyens de mise en interaction sont définis comme des stratégies à prendre pour mettre les usagers en relation avec les intervenants, les objectifs et les contenus des ateliers. Il peut s'agir de moyens didactiques utilisés par les intervenants dédiés pour transmettre le contenu de l'atelier aux usagers.

Le temps ainsi que l'espace sont deux autres composantes qui ont eu une influence durant la mise sur pied du programme. En effet, le temps comprend l'horaire du milieu et les activités qui le rythme. L'adaptation à l'horaire de vie par les intervenants dédiés et la modification de la fréquence ainsi que de la durée des rencontres sont deux exemples de l'influence du temps sur le travail de Vincent et Stéphanie. Ces changements ont d'ailleurs permis une participation plus active chez les usagers du programme. Quant à l'espace, il se compose de l'organisation physique du milieu et de la signification des lieux pour les usagers et les intervenants (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Ainsi, lorsque Vincent et Stéphanie organisent les ateliers à l'extérieur, ils choisissent de modifier l'espace. Ce changement permet aux usagers de pouvoir fumer, ce qui leur fait davantage apprécier la rencontre de groupe. La rencontre devient plus intéressante à leurs yeux, ce qui augmente les chances de mieux assimiler les informations transmises par les intervenants.

La composante « code et procédures » est constituée des lois et règlements qui sont à la base des valeurs et normes de fonctionnement du milieu. Il est indispensable de nommer que le Tribunal Administratif du Québec (TAQ) impose des conditions aux usagers qui ont une influence sur le milieu de vie et le programme d'intervention. En effet, l'objectif d'abstinence à la consommation ou le fait-même d'être résident à l'unité de traitement peuvent faire partie des conditions imposées. Cela peut donc rendre des usagers réfractaires aux services. Il va sans dire que le code de l'unité de traitement a déterminé la consommation comme comportement déviant et l'abstinence comme comportement souhaité. Les procédures choisies pour s'assurer que le code de l'unité soit respecté sont de l'ordre des dépistages de drogues de rue (DDR) effectuées de façon routinière ainsi que des mesures de confinement et de contention lorsqu'un usager a consommé. Le programme intégré, pour sa part, s'inscrit dans ces règles de vie et ces façons de faire, et ce, malgré une philosophie d'intervention différente. Effectivement, les approches motivationnelle et des « petits pas » sont préconisées par les intervenants dédiés.

La composante « système de responsabilités » correspond à l'ensemble des fonctions, rôles et tâches des personnes nécessaires au fonctionnement du milieu (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Par exemple, Stéphanie est en charge de la logistique, alors que Vincent s'occupe du contenu des activités.

Enfin, le système d'évaluation et de reconnaissance clôt le modèle de Gendreau. Le système d'évaluation s'avère être l'ensemble des critères servant à juger du niveau

d'atteinte des objectifs au sein des activités. Quant à lui, le système de reconnaissance est constitué de moyens pour signifier de manière concrète aux usagers leurs niveaux d'acquisition du contenu ou de compétences proposées (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Le café offert aux usagers se rapproche partiellement au système de reconnaissance, car il souligne et récompense la présence à l'activité, bien qu'il soit davantage un élément de motivation à participer aux rencontres. Dans le cas du programme intégré, le système d'évaluation serait à bonifier, car l'utilisation d'instruments standardisés s'avère complexe auprès de ces usagers. Pour le moment, le niveau d'atteinte des objectifs est mesuré par les DDR qui indiquent s'il y a eu une rechute. Il pourrait être intéressant d'utiliser des outils psychoéducatifs, telle qu'une grille d'observation des comportements préétablie en l'actualisant à travers l'observation participante lors des rencontres. Ces grilles pourraient être personnalisées et basées sur les caractéristiques propres à l'utilisateur. Afin de ne pas trop alourdir le processus, des critères neutres et s'appliquant à tous peuvent être inscrits sur une grille de base. Par exemple, les indices observables et mesurables de symptômes de sevrage pourraient y figurer, comme l'agitation psychomotrice, des sudations, etc. D'autres critères pourraient toucher les stades motivationnels de Prochaska et DiClemente (1992) qui fourniraient une indication du cheminement progressif de l'utilisateur, selon le type de propos tenus face à la consommation, monitorer la durée de jours s'écoulant entre les épisodes de consommation. Une autre possibilité, avancée par le gestionnaire Paul, est l'établissement de patterns de suivis. Ceci permettrait de situer l'utilisateur dans une catégorie et d'avoir des pistes d'observations et d'évaluation propres au type de suivi dans lequel il se trouve. En raison du fait que les systèmes d'évaluation et de



reconnaissance sont souvent liés, il pourrait être opportun de proposer des récompenses aux usagers adaptées à leurs besoins, c'est-à-dire que si un usager désire passer plus de temps à l'extérieur, il peut obtenir des minutes supplémentaires selon les comportements qu'il adopte à l'unité.

### **La conduite adaptative selon Renou**

Or, pour que le développement d'habiletés se concrétise, un certain niveau de convenance doit être respecté. Renou (2005), qui est considéré comme l'un des pères de la psychoéducation, a élaboré un schéma de compréhension de la conduite adaptative expliquant ce qui peut mener une personne à acquérir ou non de nouvelles stratégies d'adaptation. D'un côté, il y a l'individu avec ses propres expériences, ses schèmes anticipateurs, ses forces, ses difficultés et sa possibilité de changer; cela est le potentiel adaptatif (Pad). De l'autre côté, une situation quelconque offre toujours des possibilités de changer, d'évoluer et mettre au défi une personne, ce qui constitue le potentiel expérientiel (Pex) (Renou, 2005). Généralement, le Pex est offert par un contexte d'intervention. Dans ce cas-ci, le programme d'intervention intégrée offre un potentiel expérientiel aux usagers.

La rencontre entre le Pad et le Pex crée ce que Renou qualifie « un écart » et ce dernier doit présenter un niveau de convenance adéquat pour permettre à la personne de se doter de nouveaux outils adaptatifs. Cet écart peut placer la personne en situation d'équilibre, où l'utilisation des schèmes qu'elle possède déjà fonctionne devant le

problème vécu. À l'inverse, l'écart peut placer la personne en situation de déséquilibre qui implique le développement de nouveaux schèmes (Renou, 2005).

Il est possible de faire des liens avec le programme d'intervention intégrée faisant l'objet de ce mémoire. Les modifications apportées par les intervenants dédiés au programme témoignent d'un constat de leur part d'un déséquilibre inhibant pour leurs clients. En effet, au départ, le programme comportait plusieurs ateliers où l'écriture avait un rôle central, ce qui amenait des difficultés importantes au plan de la concentration ou de l'aisance à pouvoir écrire pour la majorité des usagers. Par la suite, Vincent et Stéphanie ont progressivement changé le programme pour le faire tendre vers un équilibre dynamique. Les rencontres ont donc été adaptées au potentiel adaptatif des usagers, en modifiant des moyens didactiques, tel que le retrait de l'écriture. De plus, la fréquence des ateliers a été revue à la baisse pour faciliter la concentration et la rétention des informations, en s'assurant que l'écart n'est pas trop grand entre le Pad des usagers et le Pex offert par le programme.

De plus, la possibilité de faire des rencontres à l'extérieur des murs de l'unité, référant à l'espace objectif et subjectif, a permis d'offrir un cadre plus agréable et motivant pour les usagers, ce qui peut jouer sur le potentiel expérientiel, en augmentant son attrait. Il faut aussi mentionner le respect des besoins des usagers, en leur permettant d'avoir accès à la modalité d'intervention de leur choix. Cela s'est actualisé en proposant de

conserver un suivi individuel aux usagers pour qui le fait d'assister aux rencontres de groupe constituait un défi trop important.

En résumé, le programme intégré répond bien aux composantes de Gendreau et a pu être élaboré afin d'offrir un niveau de convenance adéquat aux usagers. En plus d'avoir la particularité d'intégrer une double expertise en dépendance et en santé mentale, ce programme est de nature psychoéducative; seul le système d'évaluation serait à instaurer afin de mieux compléter les dix composantes.

Outre les composantes de Gendreau et la conduite adaptative selon Renou, ce programme intégré peut être abordé comme un exemple de psychoéducation contemporaine s'exerçant auprès d'adultes présentant des troubles de santé mentale et de dépendance. En effet, la psychoéducation a pris naissance en centre de réadaptation auprès de jeunes en difficulté. Les premiers psychoéducateurs, présents dans le milieu de vie des jeunes, appuyaient leurs interventions à l'aide du vécu éducatif partagé. Ce dernier concept réfère à toutes les interactions entre le psychoéducateur et le jeune, même celles qui pouvaient sembler anodines, et servant de matériel aux apprentissages du jeune (Puskas *et al.*, 2012b). Cependant, ce modèle traditionnel s'est diversifié et la psychoéducation a pris de l'expansion en s'intégrant à une variété de milieux de travail (Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2010-2011) et en étant reconnue par l'Office des professions du Québec. Ainsi, elle peut répondre aux besoins de différentes clientèles, telles les personnes présentant un trouble concomitant.

Pour reprendre l'exemple du programme intégré, celui-ci est incorporé dans le milieu de vie des usagers. Également, Stéphanie est présente dans leur quotidien, lui donnant ainsi accès au vécu éducatif partagé et lui permettant de lier les événements courants dans la vie des usagers avec leurs objectifs dans le programme. Celui-ci respecte leurs besoins et les amène progressivement vers un changement dans leur motivation. Ces aspects illustrent de quelle manière la psychoéducation peut se déployer pour répondre à de nouveaux besoins; elle permet toujours l'apprentissage de schèmes et de compétences, dans un contexte différent. L'évaluation psychoéducative des capacités et difficultés adaptatives peut se faire auprès de la clientèle ayant un trouble concomitant et entrent en compte pour leur suivi, ce qui constitue un autre élément propre à la psychoéducation qui est désormais transposable dans une nouvelle réalité. En bref, les centrations d'évaluation et le champ d'action psychoéducative sont applicables à de nouvelles clientèles et ce projet de mémoire en est un bon exemple.

### **Limites et apports de l'étude**

Ce mémoire possède des limites et des forces comme dans toute recherche. Quelques obstacles sont survenus durant la collecte de données et sont à relever afin de mettre les résultats en perspective. Tout d'abord, le processus de recrutement a nécessité plus de temps que prévu et l'équipe de recherche n'a pas pu rencontrer le nombre de participants ciblé à l'origine du projet, faute du nombre de participants potentiels dans le programme et du temps disponible pour réaliser le projet. Chez les usagers rencontrés, la saturation empirique des résultats chez les femmes n'a pas été atteinte. Si le temps l'avait

permis, il aurait été intéressant d'en rencontrer davantage. Les participants en provenance des équipes cliniques, du personnel cadre et des intervenants dédiés étaient constitués d'une diversité de titres d'emploi, ce qui a permis d'obtenir le point de vue de professionnels issus de différentes disciplines.

La diversification des échantillons, un critère établi de scientificité dans les études qualitatives (Laperrière, 1997), peut également toucher l'âge des participants. En ce sens, la tranche d'âge des usagers vus était plutôt homogène allant de 24 à 34 ans (moyenne de 31 ans), mais il aurait pu être enrichissant d'élargir cette fourchette. Toutefois, le bassin de recrutement ne le permettait pas. Du côté des employés des équipes cliniques, l'âge de ces participants variait de 24 à 57 ans pour les SRD ainsi que 23 à 58 ans pour l'unité de traitement. Les années d'expérience de travail auprès de la clientèle étaient également variées allant de 6 à 16 ans chez les intervenants dédiés, de deux années à 32 ans chez les membres de l'équipe de l'unité de traitement, et de deux années à 27 ans pour le personnel des SRD. Ainsi, la diversification est plus satisfaisante pour ce groupe de participants à l'étude.

Le fait que le recrutement se déroule dans une unité de soins dont la durée peut s'échelonner de quelques semaines à plusieurs années explique possiblement que peu de nouveaux usagers ont été admis durant cette période. De ce fait, la généralisation des résultats doit être faite avec prudence. Cependant il faut mentionner que la transférabilité (Lincoln et Guba, 1985) demeure possible. Les résultats issus de ce mémoire peuvent être

transférés à des contextes similaires; les propos recueillis auprès des usagers présentant un trouble concomitant de TUS et de santé mentale graves et persistants pourraient s'appliquer à d'autres usagers dans la même situation et recevant des services dans une unité de traitement semblable. De ce fait, ils pourraient être utiles à un établissement qui aimerait instaurer un service similaire.

Une prochaine étude telle que celle-ci pourrait s'intéresser aux aspects à plus long terme d'un programme d'intervention intégrée, en regard des impacts sur la consommation de la clientèle ou de l'échange d'expertise. Si cela est possible, un autre apport pourrait être de recueillir le point de vue des personnes constituant le réseau social des usagers pour vérifier leurs propres observations des effets d'un tel programme sur leur proche ayant un trouble concomitant. En ce sens, des études font état de l'efficacité des interventions lorsque des membres de l'entourage sont impliqués (Butzlaff et Hooley, 1998; Fichter, Glynn, Weyer, Liberman et Frick, 1997; McCrady et Nathan, 2006; Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, 2010). Il pourrait aussi être intéressant de recueillir des propos venant d'autres personnes marginalisées, telles que celles en situation de rupture sociale, de minorités ethniques ou sexuelles afin de mieux cerner les besoins pour des situations encore plus pointues. Les groupes d'âge pourraient aussi être élargis : les perceptions d'adolescents ou de personnes âgées au-delà de 50 ans n'ont pas pu être recueillis et pourraient faire l'objet d'une autre recherche sur un programme similaire. En ce qui a trait à la diversité des titres d'emplois, il pourrait être pertinent d'inclure les médecins psychiatres parmi les participants et de recueillir leur point de vue.

Une recommandation pour l'aspect clinique serait d'incorporer des formations sur les interventions probantes en dépendance auprès de membres du personnel travaillant au sein d'unités de traitement et de réadaptation psychiatrique. Dans l'autre sens, il pourrait être pertinent d'offrir une formation sur les interventions en contexte psychiatrique pour le personnel des services de réadaptation en dépendance. Bref, l'échange d'expertise ressort comme un point important. Par ailleurs, afin de favoriser la transférabilité de ce programme à d'autres milieux, il serait souhaitable de le manualiser et d'y joindre une formation.

Bien que l'idée semble difficile à appliquer en raison des règles de vie du milieu, l'implantation de renforcements positifs issus de l'approche cognitivo-comportementale pourraient être expérimentés auprès de la clientèle hébergée à l'unité de traitement. L'idée d'instaurer un système de récompense pour les bonnes habitudes ou comportements a été proposée par des membres de l'équipe clinique de l'unité de traitement. Ceci pourrait se concrétiser en augmentant graduellement le temps des sorties à l'extérieur en fonction du nombre de jours d'abstinence, par exemple. Cette suggestion a émergé de différents acteurs rencontrés, que ce soit des gestionnaires, des intervenants dédiés ou des membres des équipes cliniques des deux établissements. Pour leur part, les usagers font aussi part d'un essoufflement face à l'approche basée sur les conséquences du milieu. La mise en place d'un système de récompense pourrait constituer un premier pas vers l'approche de la réduction des méfaits.

Cette étude s'attardait aux perceptions, à la signification et à l'interprétation de l'ensemble des acteurs gravitant autour de ce programme d'intervention intégrée, autant les bénéficiaires, les dispensateurs, les gestionnaires et les équipes cliniques des deux établissements concernés. Ceci constitue la particularité de cette étude puisque les autres recherches consultées s'intéressent davantage à un seul ou deux de ces groupes. Les difficultés inhérentes à la double problématique chez les usagers ont eu pour effet de modifier les questions afin de les rendre accessibles en autant que possible. Dans l'ensemble, ce défi a pu être relevé puisque les usagers ont pu s'exprimer sur la plupart des points, autant au niveau de leurs sources de satisfactions et d'insatisfactions par rapport au programme, mais aussi sur la forme, le contenu et les retombées qu'ils constatent.

Ce mémoire a offert une tribune aux usagers et aux divers professionnels des deux secteurs pour exprimer leur point de vue sur le programme intégré, tout en pouvant établir des points de convergence et de divergence avec l'avis des professionnels sur ce même programme. Ceci permet donc d'obtenir des résultats ayant un angle différent de celui retrouvé dans la littérature. Les résultats qualitatifs révélaient une efficacité plus grande des traitements intégrés par rapport aux services conventionnels en silo. En recueillant l'interprétation, la signification et l'expérience des acteurs, nous avons pu comprendre tout le travail effectué par les intervenants dédiés pour en arriver à ce programme d'intervention intégrée et l'impact perçu de cette intégration par les usagers. Ces propos ou points de vue recueillis peuvent maintenant servir aux intervenants, gestionnaires ou à



tout membre d'une équipe clinique intéressé à connaître des balises pour instaurer ou bonifier un tel programme d'intervention intégrée pour une clientèle similaire. Cela pourra fournir des pistes en matière de facteurs d'aide thérapeutiques et contribuer au succès des traitements.

À un niveau politique, le plan d'action en santé mentale 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2014) recommande d'aborder ces deux troubles de façon conjointe et intégrée. Ce programme correspond à une initiative fort pertinente en ce sens.

Les changements occasionnés par la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux ont amené à la formation des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Ceux-ci ne sont pas sans influence sur les services. Il est à propos de se questionner sur la possibilité de profiter de ce momentum pour créer davantage de partenariats inter-sectoriels, ayant le partage d'expertises au cœur de leur collaboration. Au CIUSSS MCQ, cette pratique s'inscrit d'ailleurs dans une perspective d'amélioration continue de la pratique et un élargissement de l'offre de services à une clientèle complexe qui bénéficie difficilement d'un traitement adéquat.

## Conclusion

Plusieurs études soulèvent la forte prévalence des personnes présentant des troubles concomitants de trouble d'utilisation de substance (TUS) et de santé mentale dans les services tant en santé mentale qu'en dépendance. Également, la littérature scientifique rapporte une efficacité des services intégrés pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle qui ne cadre pas toujours bien avec le système cloisonné actuel. En ce sens, un programme d'intervention intégrée est offert au sein de l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique du CIUSSS MCQ. Ainsi, le point de vue de l'ensemble des acteurs gravitant autour de ce programme a été recueilli. Les points généraux abordés s'articulaient autour d'un portrait de la clientèle, du développement du programme, de ses retombées, des facteurs facilitant et des obstacles à l'implantation du programme ainsi que des pistes d'amélioration.

Les entrevues réalisées auprès des participants ont permis de dégager plusieurs constats. D'abord, les retombées sur les usagers sont positives, et ce, malgré un contexte où la philosophie du programme intégré ne cadre pas avec celle instaurée dans l'unité de traitement. Bien qu'une approche des petits pas soit nécessaire, il a été remarqué par tous que la consommation des bénéficiaires du programme était en diminution. Les qualités professionnelles et personnelles des intervenantes dédiés ainsi que l'alliance thérapeutique qui y est associée, le soutien des gestionnaires, les changements apportés aux modalités pédagogiques, l'adaptation au rythme des clients et la modulation de

l'intensité de services ont été des facteurs permettant de rendre les rencontres plus aidantes pour les usagers. Enfin, il ressortait que la possibilité d'inclure des témoignages d'usagers ayant complété le programme, un dossier unique, le monitoring de l'évolution de la clientèle du programme ainsi que l'accroissement de l'échange d'expertise inter-sectoriels ont été rapportés comme principales pistes d'amélioration. Cette diversité d'acteurs sociaux, autant les usagers que les professionnels provenant de disciplines variées, concernés par le programme d'intervention intégrée novateur du milieu constituait un apport original à cette étude.

La présence d'un intervenant en dépendance sur l'unité de traitement et de réadaptation psychiatrique semble aussi contribuer au changement de culture organisationnelle en lien avec les comportements de consommation, laissant entrevoir une ouverture pour l'application de l'approche de la réduction des méfaits dans certaines situations.

En outre, bien que ce programme soit en amélioration continue depuis sa mise sur pied, celui-ci correspond aux bonnes pratiques recommandées auprès d'une clientèle présentant un trouble concomitant. Il importe de rappeler que la collaboration de ces deux secteurs répond à des besoins complexes d'usagers qui étaient peu connus des services de réadaptation en dépendance auparavant. Il s'agit du fruit d'efforts, de réflexions et d'adaptations d'interventions constants et qui, à ce jour, sont encore bonifiés.

## Références

- Alexandre, L., Labrie, R., et Rouillard, P. (2005). *Ma vie, mes choix : guide à l'intention des intervenants : pour aider les personnes atteintes de psychose à réduire ou cesser leur consommation d'alcool ou de drogues*. Charlesbourg : auteur.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington, É-U. Traduction française par J.D. Guelfi *et al.* Paris, France: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Arlington : É-U. Traduction française par M-A. Crocq *et al.* Paris, France: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Repéré à : <https://web.archive.org/web/20150226050453/http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Changes-from-DSM-IV-TR--to-DSM-5.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Addiction*. Repéré à : <http://www.psychiatry.org/addiction>
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). (2014). *Avis de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec en réaction au document de consultation sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020*. Repéré à : <http://cqdt.dependancemontreal.ca/blogue/sante-mentale/comorbidite/avis-de-lacrdq-en-reaction-au-document-de-consultation-sur-le-plan-daction-en-sante-mentale-2014-2020>
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation*, *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. Doi : 10.7202/1016748ar
- Bartels, S. J. et Drake, R. E. (1996). A pilot study of residential treatment for dual diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 379-381

- Bartels, S. J., Teague, G. B., Drake, R. E., Clark, R. E., Bush, P. W. et Noordsy, D. L. (1993). Substance abuse in schizophrenia : service utilization and costs. *Journal of Nervous Mental Disease*, 181 (4), 227-232
- Bender, K.J. (2013). ‘‘PRN’’ Medication for Alcohol Dependence May Reduce Harm, *Psychiatric Times*, 30(6), 22-22.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., et Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l’ASI/IGT. Dans Guyon, L., Landry, M., Brochu, S. et Bergeron, J. (éds). *L’évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, L’indice de gravité d’une toxicomanie (ASI/IGT)*. Les Presses de l’Université Laval, Québec, p. 31-46.
- Björk, A. (2014). Stabilizing a fluid intervention: The development of motivational interviewing, 1983-2013, *Addiction Research & Theory*, 22, 313-324.
- Bloch, S., et Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Blumenthal, S.J. (1988). Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients, *Medical Clinics of North America*, 72(4), 937–971
- Boutin, G. (2008). *L’entretien de recherche qualitatif*. Québec : Presses de l’Université du Québec.
- Brisson, P. (1997). L’approche de réduction des méfaits : Sources, situation, pratiques. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders : What matters?, *Health Care Manage Review*, 35(3), 212-223.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C. et Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How program theory analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 94–104.
- Burnam, M.A. et Watkins, K.E. (2006). Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care, *Health Affairs*, 25, 648-658
- Burnett, R., Porter, E. et Stallings, K. (2011). Treatment Options for Individuals with Dual Diagnosis, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21, 849-857
- Butzlaff, R.L. et Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse, *Archives of General Review*, 55, 547-552.

- Caputo, F., et Bernardi, M. (2013). Sodium oxybate to treat alcohol dependence : 20 years of clinical experience, *Addiction Biology*, 18(6), 901-903.
- Carbaugh, R.J. et Sias, S.M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: etiologies, treatment issues, and treatment approaches, *Journal of Mental Health Counseling*, 32(2), 129-131
- Carey, K.B. (1996). Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach, *Community Mental Health Journal*, 32, 291-306.
- Carrà, G., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, MC., Heider, D. et Brugha, T. (2012). The lifetime and past-year prevalence dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC), *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(7), 607-16
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-occurring Disorders*. Rockville, É-U.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2006). *Definitions and Terms Relating to Co-Occurring Disorders*, Rockville, É-U.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and Center for Mental Health Services.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada : troubles concomitants*. Repéré à : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011812-2010.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Quand les troubles de santé mentale et d'abus de substances se rencontrent*. Repéré à : <http://www.cclt.ca/Resource%20Library/CCSA-Mental-Health-and-Substance-Abuse-2013-fr.pdf>
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2017). *Minitrouse sur les méthodes*. Repéré à : [http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/minitrouse\\_entrevues\\_qualitatives\\_f.pdf](http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/minitrouse_entrevues_qualitatives_f.pdf)
- Centre de réadaptation en dépendance Le Virage et Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher. (2012). *Guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS – Implantation d'une offre de services intégrés en dépendance et santé mentale*. Repéré à : <https://www.levirage.qc.ca/medias/uploads/2012/10/CSSS-guide-partenariat-CRD.pdf>



- Centre de toxicomanie et de santé mentale - CAMH (2012). *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants – Partie III : Traitement*. Repéré à : [http://www.camh.ca/fr/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/concurrent\\_disorders/a\\_family\\_guide\\_to\\_concurrent\\_disorders/treatment/Pages/stopping\\_medication.aspx](http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/a_family_guide_to_concurrent_disorders/treatment/Pages/stopping_medication.aspx)
- Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ) (2017). *Dépendance et toxicomanie*. Repéré à : <http://ciusssmcq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/rendez-vous-et-consultations/dependance-et-toxicomanie/>
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A. et Fleury, M-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Repéré à : [http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS\\_CRDM-IU-vf.pdf](http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf.pdf)
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., Siegfried, N. et Walter, G. (2008). Psychological Treatment Programs for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse, *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 226-228
- Coleman-Cowger, V.H., Baumer, P.C., Dennis, M.L. et Scott, C.K. (2015). L'impact de la concomitance de troubles liés à la consommation de substances et de troubles de santé mentale sur les comportements à risque en fonction de l'âge, *Drogues, santé et société*, 14(1), 16-77. Doi : 10.7202/1035549ar
- Comité permanent sur les troubles concomitants (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes) (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Repéré à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2921628066.pdf>
- Connors, G.J., Carroll, K.M., DiClemente, C.C., Longabaugh, R. et Donovan, D.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 588-598.
- Conrad, D.A. et Shortell, S.M. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance, *Frontiers of Health Services Management*, 13(1), 3-40.
- Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, 8(2), 38-52.

- Corrigan, P.W., McCracken, S.G. et Holmes, E.P. (2001). Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability, *Community Mental Health Journal*, 37, 113-122.
- Cosci, F., Schruers, K.R., Abrams, K. et Griez, E.J. (2007). Alcohol use disorders and panic disorder: A review of the evidence of a direct relationship, *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 874-880
- Côté-Arsenault, D. et Morrison-Breedy, D. (1999). Practical advice for planning and conducting focus groups, *Nursing Research*, 64(4), 280-283.
- Cramer, M. (2002). Under the influence of unconscious process: Countertransference in the treatment of PTSD and substance abuse in women, *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 194-210
- Deady, M., Teesson, M., Mills, K., Kay-Lambkin, F., Baker, A. et Baillie, A. (2013). *One person, diverse needs: Living with mental health and alcohol and drugs difficulties*. Sydney, Australie: NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use. Repéré à : <https://comorbidity.edu.au/sites/default/files/newsevents/events/One%20person,%20diverse%20needs.pdf>
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: A stage paradigm, *Substance Abuse*, 17(1), 51-63.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York, É-U.: Springer Publishers
- Denzin, N. et Lincoln, Y.S. (2005). *Handbook of Qualitative Research* (2<sup>nd</sup> edition). Londres: SAGE Publications.
- Dictionnaire Larousse (2018). *Définitions : efficience*. Repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/efficience/27930>
- Di Lorenzo, R., Galliani, A., Guicciardi, A., Landi, G. et Ferri, P. (2014). A retrospective analysis focusing on a group of patients with dual diagnosis treated by both mental health and substance use services, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1479-1488
- Drake, R. E., Bartels, S. J., Teague, G. B., Noordsy, D. L. et Clark, R. E. (1993). Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 181 (10), 606-611

- Drake, R.E. et Bond, G.R. (2010). Implementing integrated mental health and substance abuse services, *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 251-262. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2010.540772>
- Drake, R. E., McHugo, G. J. et Noordsy, D. L. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 150 (2), 328-329.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L. et Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
- Drake, R.E., Torrey, W.C. et McHugo, G.J. (2003). Strategies for implementing evidence-based practices in routine mental health settings, *Evidence-based mental health*, 6(1), 6-7
- Drake, R. E., Wallach, M. A., Teague, G. B., Freeman, D. H., Paskus, T. S. et Clark, T. A. (1991). Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 148 (3), 330-336
- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M. et McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (5), 298-305
- Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité TUS et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise, *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31-46
- Fichter, M.B., Glynn, S.M., Weyer, S., Liberman, R.P. et Frick, U. (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism, *Family Process*, 36, 203-221.
- Fillion-Bilodeau, S., Nadeau, L. et Landry, M. (2012). La concomitance des troubles liés aux substances et de santé mentale. Dans L. Nadeau et M. Landry. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale* (p. 45-70). Québec : PUL.
- Fleury, M.-J. et Mercier, C. (2002). Integrated Local Networks as a Model for Organizing Mental Health Services, *Administration and Policy in Mental Health*, 30(1), 55-73.
- Fleury, M.-J., et Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau. régulation et moteurs d'implantation de changement, *Santé mentale au Québec*, 27(2), 16-36.

- Fleury, M.-J., Perreault, M., et Grenier, G. (2012). L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Dans : M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude (dir). *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 9-33). Québec : Presses de l'Université Laval
- Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt, A.A. et Forsell, Y. (2010). Implementing clinical guidelines in psychiatry: A qualitative study of perceived facilitators and barriers, *BMC Psychiatry*, 10, 8-17.
- Frank, A.F. et Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome, *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228-236.
- Gaudreau, L. et Lacelle, N. (1999). Ne pas se noyer dans les techniques: l'entretien individuel. Dans L. Gaudreau et N. Lacelle, *Manuel d'évaluation participative et négociée* (p. 1-26). Université du Québec à Montréal : Services aux collectivités.
- Gendreau, G. (2001). Le milieu et le contexte. Dans G. Gendreau. *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative* (p.51-56). Montréal : Béliveau éditeur.
- George, T.P. et Blank, D. (2009). La psychose et les troubles de la toxicomanie. *Troubles concomitants*. Dans : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada: Troubles concomitants*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 48-57.
- George, T.P. et Krystal, J.H. (2000). Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders, *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 327-331.
- Gournay, K. (2016). Reflections on 20 years of dual diagnosis research, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 243-244. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12305>
- Hare, A.P., Blumberg, H.H., Davies, M.F. et Kent, M.V. (1995). *Small Group Research: A Handbook*. Norwood, É-U: Ablex.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr., Davis, J. M. et Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152 (6), 856-861
- Hubble, MA., Duncan, BL., Miller, SD., et Wampold, BE. (2010). Introduction. Dans: BL. Duncan, SD. Miller, BE. Wampold et MA. Hubble (éds). *The Heart and Soul of Change: Delivering what works in therapy (2nd edition)* (p. 23-46). Washington. É-U.: American Psychological Association.

- Ivanoff, S.-D. et Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life : Basis assumptions in focus-group methodology, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 125-132.
- Jerrell, J.M. et Wilson, J.L. (1997). Ethnic differences in the treatment of dual mental and substance disorders: A preliminary analysis, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(2), 133–140
- Indice de gravité d'une toxicomanie, adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A.T., Lubbersky, L., et O'Brien, C.P. (1980). Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., et Guyon, L. 1998).
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2014). Repéré à : <http://www.iusmm.ca/bontripbadtrip.html/>
- Institute of Medicine (IOM). (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*. Washington, É-U.: National Academies Press.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf>
- Kalina, K. et Vácha, P. (2013). Dual diagnoses in therapeutic communities for addicts – Possibilities and limits of integrated treatment, *Adiktologie/Addictology*, 13(2), 83-88.
- Kelly, T.M., Daley, D.C. et Douaihy, A.B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders, *Addictive Behaviors*, 37, 11-24.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B. et David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 312, 345-349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P. et David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 173, 271-272.
- Koskinen, J., Lohonen, J., Koponen, H., Isohanni, M. et Miettunen, J. (2010). Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia : A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 115-1130.

- Koskinen, J., Lohonen, J., Koponen, H., Isohanni, M. et Miettunen, J. (2009). Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia : A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(2), 85-96.
- Krueger, R.A. et Casey, M-A. (2003). *Focus Groups: A practical guide for applied research*. États-Unis: SAGE Publications.
- Kuyper, L.M., Hogg, R.S., Montaner, J.S., Schechter, M.T. et Wood, E. (2004). The cost of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81, 655-660
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notion et étapes. Dans J.-P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (p. 49-65). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Landry, M., Cournoyer, LG., Bergeron, J. et Brochu, S. (2001). Persévérance en traitement pour TUS en centre de réadaptation : effets de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Science et comportement*, 28(3), 115-43
- Landry, M. et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation et de la TUS, *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-15. Doi : 10.7202/007187ar
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (Dir.) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 20-22). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin éditeur
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., et Lecomte, J. (2003). Group CBT for clients with a first episode of psychosis, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 375-384.
- Lincoln, Y.S. et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Bervely Hills, É-U.: SAGE Publications.
- Lindsay, J., Turcotte, D., Montminy, L., et Roy, V. (2006). *Les effets différenciés de la thérapie de groupe auprès de conjoints violents : une analyse des facteurs d'aide*. Université Laval. Cri-Viff.

- Linehan, M.M. et Dineff, L.A. (1995). *Extension of Standard Dialectical Behavior Therapy (DBT) to Treatment of Substance Abusers with Borderline Personality Disorder*. (Unpublished manuscript). University of Washington, Seattle.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, É-U.: Guildford Press.
- Linehan, M.M. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 113-119
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., McLellan, A.T. et Woody, G. (1997). Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. Dans : Onken, L.S., Blaine, J.D. et Boren, J.J. (dir). *Beyond the Therapeutic Alliance : Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment* (Publication No. 97-4142). Rockville, É-U: National Institute on Drug Abuse.
- MacDonald, A.B., Baker, J.M., Stewart, S.H. et Skinner, M. (2000). Effects of alcohol on the response to hyperventilation of participants high and low in anxiety sensitivity, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1656-1665
- Magill, M., Gaume, J., Apodaca, T.R., Walthers, J., Mastroleo, N.R., Borsari, B. et Longabaugh, R. (2014). The technical hypothesis of motivational interviewing: A meta-analysis of MI's key causal model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 973-983. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036833>
- Marques, A.C., et Formigoni, M.L.C. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients, *Addiction*, 96, 835-846.
- Marshall, C. et Rossman, GB. (2006). *Designing qualitative research (fourth edition)* Thousands Oaks, É-U.: SAGE Publications.
- McCallum, S., Mikocka-Walus, A., Turnbull, D. et Andrews, J.M. (2015). Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications, and Implications, *Journal of Dual Diagnosis*, 11(3-4), 217-232. Doi: 10.1080/15504263.2015.1104930
- McCrary, B.S. et Nathan, P.E. (2006). Treatment factors in treating substance use disorders. Dans: L.G. Castonguay et L.E. Beutler (dir.) *Principles of Therapeutic Change that Work*. Londres, Angleterre: Oxford University Press.



- McGinty, E.E., Baker, S.P., Steinwachs, D.M. et Daumit, G. (2013). Injury risk and severity in a sample of Maryland residents with serious mental illness, *Injury Prevention*, 19(1), 32-7
- McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., McHugo, G.J., Giard, J. et Mangrum, L. (2010). Improving the dual diagnosis capability of addiction and mental health treatment services: Implementation factors associated with program level changes, *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 237-250. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2010.537221>
- McKee, S.A. (2017). Concurrent Substance Use Disorders and Mental Illness: Bridging the Gap Between Research and Treatment, *Canadian Psychology*, 58(1), 50-57.
- Mee-Lee, D., McLellan, A.T., et Miller, S.D. (2010). What works in substance abuse and dependence treatment. Dans B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold et M.A. Hubble (éds). *The Heart and Soul of Change: Delivering what works in therapy (2nd edition)* (p.393-417). Washington, É-U.: American Psychological Association.
- Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A. B. et McKay, C. (1997). Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal* 33(2), 113-122
- Menezes, P. R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P. et Kuipers, E. (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *British Journal of Psychiatry*, 168(5), 612-619
- Miles, M. et Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Belgique : De Boeck.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing : Helping People Change (3<sup>e</sup> édition)*. New York, É-U.: Guilford Press.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Minkoff, K. et Cline, C. A. (2004). Changing the world : the design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 27 (4), 727-743



- Moore, TH., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P.B., Burke, M. et Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, *The Lancet*, 370(9584), 319-328
- Morisano, D., Babor, T.F. et Robaina, K.A. (2014). Co-Occurrence of Substance use Disorders with other Psychiatric Disorders: Implications for Treatment Services, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), p.5-25.
- Mucchielli, A. (2009). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (3<sup>e</sup> édition). Paris : Armand Colin.
- Mueser, K.T. (2012). Traitement intégré des troubles concomitants (troubles mentaux graves et toxicomania). Dans: Lecompte, T. et Leclerc, C. (dir.) *Manuel de réadaptation psychiatrique (2<sup>e</sup> édition)*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mueser, K. T., Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis : A review of etiological theories, *Addictive Behaviors*, 24(6), 717-734
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. et Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders : A guide to effective practice*. New York, É-U. : The Guilford Press.
- Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P. et Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness, *Behavior modification*, 27(3), 387-411
- Murthy, P. et Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 194–200
- Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la TUS et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 7-21. doi : 10.7202/014523ar
- Najavits, L.M. Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. New York, É-U.: Guilford Press, 2002
- Najavits, L.M., Crits-Christoph, P. et Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment, *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 2161-2190
- Noiseux, S. (2010). Le devis de recherche qualitative. Dans M-F. Fortin (dir.), *Fondements et étapes du processus de recherche 2<sup>e</sup> édition* (p. 268-286). Montréal : Chenelière Éducation.

- Novotná, G. (2014). Competing institutional logics in the development and implementation of integrated treatment for concurrent disorders in Ontario: A case study, *Journal of Social Work*, 14(3), 260-278
- O'Grady, C. et Skinner, W.J.W. (2008). Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- O'Neil, S. et Lapalme, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Repéré à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Avis\\_Dispensation\\_soins\\_services\\_troubles\\_concomitants.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf)
- Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec. (2010-2011). *Rapport annuel 2010-2011*. Repéré à : [http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Rapport\\_annuel\\_2010-2011.ashx?la=fr](http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Rapport_annuel_2010-2011.ashx?la=fr)
- Ormont, L.R. (1999). Establishing transient identification in the group setting, *Modern Psychoanalysis*, 24(2), 143-156
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Pellerin, M. (2011). *Les troubles concomitants*. Repéré à : <http://www.domremymcq.ca/fichiers/Documents/info-toxico-mai-2011.pdf>
- Perreault, M., Perreault, N., Withaeuper, D. et Malai, D. (2009). Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes, *Criminologie*, 42(1), 91-114. Doi : 10.7202/029809ar
- Perreault, M., Withaeuper, D., Perreault, N., Bonin, J-P., Brown, T.G. et Brunaud, H. (2009). Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du Sud-Ouest de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 34(1), 143-160.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., Krarup, G., Ostergard, T., Jorgensen, P., et Nordentoft, M. (2007). Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial, *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 88-96. Doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00015.x
- Petry, N.M. et Bickel, W.K. (1999). Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence, *Psychiatric Services*, 50(2), 219-227.

- Pettinati, H.M., O'Brien, C.P. et Dundon, W.D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target, *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 23-30
- Plourde, C., Jenniss, É., et Bédard-Nadeau, M-È. (2015). Outil d'observation, d'évaluation et de structuration d'activités de groupe : une solution pour encadrer notre pratique et optimiser le vécu éducatif partagé en groupe. Dans : G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (éds). *Au cœur de l'intervention de groupe : nouvelles pratiques psychoéducatives*. Boucherville, Québec : Béliveau Éditeur.
- Potvin, S., Stip, E., et Roy, J. Y. (2003). Schizophrénie et TUS: une relecture du concept d'auto-médication. *L'Encéphale*. XXXIX, 193-203.
- Potvin, S. et Stip, E. (2007). Schizophrénie et TUS: l'héritage du psychiatre Jean-Yves Roy. *Santé mentale au Québec*, 31 (2), 177-188.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-210). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Priester, M.A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. et Seay, K.D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47-59
- Prisciandaro, J. et Myrick, D. (2010). Co-morbid bipolar and alcohol use disorders: A treatment-focused review, *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 171-188
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behavior. Dans: M. Hersen, R. Eisler et P.M. Miller (dir), *Progress in Behavior Modification* (p. 184-214). Sycamore, É-U.: Sycamore Publishing Company
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114
- Proulx, M., Hamel, E. et Tétreault, P. (2012). Le programme MOSAIC, *Revue L'intervenant*, Association des intervenants en toxicomanie du Québec – AITQ, 11-14.

- Puskas, D., Caouette, M., Dessureault, D., et Mailloux, C. (2012a). Un modèle de l'accompagnement clinique psychoéducatif. Dans D. Puskas, M. Caouette, D. Dessureault et C. Mailloux. *L'accompagnement psychoéducatif : vécu partagé et partage du vécu*, p. 48-52. Longueuil, Canada : Béliveau Éditeur.
- Puskas, D., Caouette, M., Dessureault, D., et Mailloux, C. (2012b). Partage du vécu et pratique psychoéducative. Dans D. Puskas, M. Caouette, D. Dessureault et C. Mailloux. *L'accompagnement psychoéducatif : vécu partagé et partage du vécu*, p. 19-38. Longueuil, Canada : Béliveau Éditeur.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 85-94.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., et Rae, D.S. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *The Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Reid, K.E. (1997). *Social work practice with groups: a clinical perspective (2nd edition)*. Pacific Grove, É-U.: Brooks/Cole.
- Renou, M. (2005). Un modèle de structure de l'intervention psychoéducative: Dans M. Renou. *Psychoéducation. Une conception, une méthode*, p. 165-186. Montréal, Canada : Béliveau Éditeur.
- Ridgely, S., Osher, F. et Talbott, J. (1987). *Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: Treatment and training issues*. Baltimore: University of Maryland.
- Robins, C.J. et Rosenthal, M.Z. (2011). Dialectical Behavior Therapy. Dans J.D. Herbert et E.M. Forman. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*, p. 164-192. Hoboken : John Wiley et Sons, Inc.
- Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., Butterfield, M.I., ... Salyers, M. P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91 (1), 31-37
- Rouillard, P., et Tremblay, J. (2005). Niveau de Désintoxication : Évaluation par les intervenants Psychosociaux (NiD-ÉP). Manuel d'utilisation. Repéré à : [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/NiD-%C3%89P\\_FR\\_Manuel.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/NiD-%C3%89P_FR_Manuel.pdf)

- Rush, B. et Koegl, C. G. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system, *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 12, 810-21
- Rush, B., Shaw Moxam, R., Nadeau, L., McMain, S., Ogborne, A., Goering, P., ... Mueser, K. (2002). *Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Canada: Santé Canada
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberly, D. et Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population, *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 2, 800-9.
- Sacks, S., Chaple, M., Sirikantraporn, J., Sacks, J.Y., Knickman, J. et Martinez, J. (2013). Improving the capability to provide integrated mental health and substance abuse services in a state system of outpatient care, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 488-493
- Sacks, S. et Ries, R. K. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. A treatment improvement protocol (TIP) Series 42*. DHHS. Rockville, É-U.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies
- Santé Canada. (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
- Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de TUS* (Publication n° H39-599-2001-2f). Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (Dir.). *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke, Québec : Éditions du CRP.
- Schmidt, L.M., Hesse, M. et Lykke, J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia—A 15-year follow-up study: Dual diagnosis over 15 years, *Schizophrenia Research*, 130(1–3), 228-33
- Schulte, S.J., Meier, P. et Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review, *BioMed Central Psychiatry*, 11(64), 1-13

- Schütz, C.G. et Young, A.H. (2009). Les troubles de l'humeur et les troubles de toxicomanie. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*. Repéré à : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011812-2010.pdf>
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences* (Third Edition) New York, É-U.: Teachers College Press.
- Sharma, M. et Bennett, R. (2015). Substance Abuse and Mental Illness: Challenges for Intervention, *Journal of Alcohol et Drug Education*, 59(2), 3-6
- Siris, S.G. et Docherty, J.P. (1990). Psychosocial management of substance abuse in schizophrenia. Dans : Herz, M.I., Keith, S.J. et Docherty, J.P (dir.) *Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Handbook of Schizophrenia*. New York, É-U.: Elsevier.
- Skinner, W.J., O'Grady, C.P., Bartha, C. et Parker, C. (2004). *Concurrent substance use and mental health disorders – a information guide*. Toronto: Center for Addiction and Mental Health (CAMH)
- Skinner, W.J., O'Grady, C.P., Bartha, C. et Parker, C. (2010). Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale: Guide d'information (CAMH). Repéré à : <http://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/concurrent-disorders-guide-fr.pdf?la=fr&hash=394A0B8501F9D884651B38B6C4863FA430B14F22>
- Smith-Merry, J., Gillespie, J., Hancock, N. et Yen, I. (2015). Doing mental health care integration: a qualitative study of a new work role, *International Journal of Mental Health Systems*, 9(32). Doi: 10.1186/s13033-015-0025-7
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., et Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders, *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 672-683.
- Stewart, S.H. (2009). Les troubles d'anxiété et de toxicomanie, *Toxicomanie au Canada, Canadian Centre on Substance Abuse – Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies* (CCSA-CCLAT)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2007). The Epidemiology of Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. *COCE Overview Paper 8 DHHS Publication No (SMA) 07-4308* Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and Center for

*Mental Health Services*, 2007. Repéré à: <http://www.samhsa.gov/co-occurring/topics/data/OP8Epidemiology10-03-07.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings. Office of Applied Studies (OAS), NSDUH Series H-39, HHS Publication No. SMA 10-4609*. Rockville, MD Retrieved July 18, 2011. Repéré à: <http://oas.samhsa.gov/nsduh/2k9nsduh/mh/2k9mhresults.pdf>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2013). *Substance Abuse Treatment For Persons With Co-Occurring Disorders: A Treatment Improvement Protocol TIP 42*. Repéré à: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-42-Substance-Abuse-Treatment-for-Persons-With-Co-Occurring-Disorders/SMA13-3992>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015). *About co-occurring disorders*. Repéré à: <http://media.samhsa.gov/co-occurring/>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2017). *Introduction to Integrated Care*. Repéré à: <https://www.samhsa.gov/integrated-health-solutions/build-practices/care-approaches/intro-integrated-care>

Suh, JJ., Ruffins, S., Robins, CE., Albanese, MJ. et Khantzian, EJ. (2008). Self-medication hypothesis : connecting affective experience and drug choice, *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518-532

Torrey, W.C., Tepper, M. et Greenwold, J. (2011). Implementing integrated services for adults with co-occurring substance use disorders and psychiatric illnesses: A research review, *Journal of Dual Diagnosis*, 7, 150-161. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2011.592769>

Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M. et Ménard, J-M. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. *Guide de pratique et offre de services de base*. Repéré à: <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>

Tremblay, J., Rouillard, P., et Sirois, M. (2004). Manuel d'utilisation du Dépistage et Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool/Drogues (DÉBA-A/D). Québec/Lévis, Canada : Service de recherche CRUV/ALTO.

Turcotte, D., Dufour, I.F. et Saint-Jacques, M-C. (2009). Les apports de la recherche qualitative en évaluation de programmes. Dans M. Alain et D. Dessureault. *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (p.205-208). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels, *Recherches Qualitatives, Hors Série (3)*, p. 243-272
- Weiss, R.D., Jaffee, W.B., De Menil, V.P., et Cogley, C.B. (2004). Group Therapy for Substance Use Disorders : What Do We Know?, *Havard Review of Psychiatry*, 12, 339-350.
- Wykes, T., Parr, A.M., et Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations, *British Journal of Psychiatry*, 175, 180-185.
- Xie, H., McHugo, G.J., Fox, M.B., et Drake, R.E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1282-1287
- Yalom, D., et Leszcz, M. (2008). *The theory and practice of group psychotherapy (5e édition)*. New York, É-U.: Basic Books.
- Ziedonis, D.M. et D'Avanzo, K. (1998). Schizophrenia and substance abuse. Dans : Kranzler, H.R. et Rounsaville, B.J. (dir.) *Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders*. New York, É-U. : Marcel Dekker, Inc.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., ... Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance abuse disorders: Consensus recommendations, *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315-339



## **Appendice A**

Formulaire d'information et de consentement usagers(ères)

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT USAGERS(ÈRES)

Perceptions des usagers et du personnel au sujet d'un programme sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie de la région Mauricie Centre-du-Québec.

### Informations préliminaires

Natacha Brunelle	Chercheure principale	Université du Québec à Trois-Rivières
Nadia L'Espérance	Co-Chercheure	Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie/Centre-du-Québec
Émilie Sauvageau	Candidate à la maîtrise en psychoéducation	Université du Québec à Trois-Rivières
Source de financement	La Chaire du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées.	
Région impliquée	Mauricie/Centre-du-Québec	

### *Introduction*

Afin de vous permettre de prendre une décision libre et éclairée relativement à votre participation à ce projet, nous vous invitons à prendre connaissance du document suivant. Nous vous invitons aussi à poser toutes les questions vous permettant de bien comprendre les objectifs de ce projet et les implications de votre participation à celui-ci.

### *Description du projet*

Documenter les perceptions des usagers, intervenants, personnel cadre ainsi que les équipes cliniques concernant un programme intégré d'intervention dispensé au CSSS de l'Énergie pour une problématique de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

### Participation

Vous serez invité à participer aux deux modalités de consultation suivante:

#### 1) Rencontre individuelle

À la fin du programme, vous serez invité à participer à une rencontre individuelle d'environ 60 minutes afin de partager votre opinion à l'égard du programme, ses effets sur vos habitudes de vie, ses avantages et inconvénients que vous percevez. Cette rencontre se déroulera au sein même de l'établissement en présence d'un membre de l'équipe de recherche et sera enregistrée sur bande audio pour faciliter le processus d'analyse de vos opinions.

## 2) Consultation de dossiers

L'équipe de recherche aura besoin d'accéder, avec votre consentement, à votre dossier afin d'obtenir des informations concernant votre diagnostic et profil de consommation en vue d'établir un portrait des usagers de ce programme.

### Avantages

Ce projet vous permettra de donner votre opinion sur le programme dont vous faites partie, ses avantages et inconvénients, et de contribuer à l'avancement des connaissances afin de favoriser l'amélioration du programme ou tout autre pratique.

### Inconvénients et risques

L'inconvénient lié à la participation à ce projet est le temps pris pour participer à la rencontre individuelle. L'un des risques que vous encourez est de prendre conscience que certains de vos comportements vous causent des difficultés personnelles ou familiales ou encore que le programme que vous avez reçu ne correspondait pas à vos attentes. Il est aussi possible qu'avant de participer à cette étude, vous ne vous soyez jamais arrêtée à penser à ces comportements ou à ce que vous auriez préféré recevoir comme service. Pour contrecarrer certains inconvénients, un intervenant de l'établissement sera disponible au besoin à la fin de la rencontre.

### Communication des résultats généraux

Les résultats seront présentés sous forme d'un essai synthèse, de conférences et d'articles scientifiques, toujours en préservant la confidentialité des données, ce qui implique que votre nom ne sera jamais mentionné et que les mesures nécessaires seront prises afin que vous ne puissiez être identifié. Les résultats généraux de ce projet seront accessibles sur demande ou sur le site internet de l'établissement à l'adresse [www.domremymcq.ca](http://www.domremymcq.ca).

### Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'équipe de recherche recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ces renseignements peuvent comprendre votre nom, votre date de naissance, votre occupation actuelle, votre état matrimonial, le montant de votre revenu et les enregistrements audio de la rencontre. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheurs responsables.

Les chercheurs responsables de ce projet utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin de ce projet et seront détruits par

la suite soit, par déchiquetage et suppression des enregistrements informatiques et audio.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les chercheurs responsables du projet détiennent ces informations.

### ***Compensation***

Aucune compensation ne sera remise.

### **Retrait**

La participation à ce projet est **entièrement volontaire**. Vous êtes par conséquent tout à fait libre **d'accepter ou de refuser** d'y participer. Vous êtes également **libre, à tout moment, de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre fin à votre participation à ce projet** et cela sans que cela n'ait de conséquences sur les services auxquels vous avez droit. Pour vous retirer, il vous suffit d'aviser l'une des personnes liées à la recherche, toute information vous concernant sera supprimée des fichiers informatiques et audio et les documents papier seront déchiquetés.

### ***Responsabilités***

Par votre participation à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits et ne libérez ni les chercheurs ni l'établissement et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

### ***Surveillance des aspects éthiques***

Pour tout renseignement lié à vos droits, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en dépendance (CÉRD) du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut Universitaire au 514-385-1232, poste 3205.

### **Personnes ressources**

Pour toute autre information, vous pouvez rejoindre Nadia L'Espérance, responsable du projet au CRD Domrémy MCQ, en téléphonant au 819-374-4744 poste 129 ou 1-866-568-3877 ou Natacha Brunelle, chercheure principale au...

Pour toute plainte au sujet du projet, vous pouvez contacter le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de Domrémy MCQ, madame Geneviève Blain, au 1-888-693-3606.

Consentement à la recherche

Participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je sais que je suis libre de participer à l'étude et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte quoi que ce soit. Je certifie que le projet m'a été présenté et que je suis libre d'accepter de participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je consens à participer à ce projet.

---

 Nom du participant

---

 Signature du participant

---

 Date
*Formulaire d'engagement du chercheur*

Je certifie avoir fourni toute l'information nécessaire par écrit au participant et avoir répondu à toutes ses questions. Je certifie avoir clairement inscrit sur le formulaire le nom et les coordonnées d'une personne ressource disponible pour répondre à toutes les questions du participant. Finalement, je certifie lui avoir remis une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Natacha Brunelle

Nom du co-chercheur

---

 Signature du co-chercheur

---

 Date
Nadia L'Espérance

Nom du co-chercheur

---

 Signature du co-chercheur

---

 Date
Émilie Sauvageau

Candidate en psychoéd.

---

 Signature du co-chercheur

---

 Date

## **Appendice B**

Formulaire d'information et de consentement intervenants et gestionnaires

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT INTERVENANTS ET GESTIONNAIRES

Perceptions des usagers et du personnel au sujet d'un programme sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie de la région Mauricie Centre-du-Québec.

### Informations préliminaires

Natacha Brunelle	Chercheure principale	Université du Québec à Trois-Rivières
Nadia L'Espérance	Co-Chercheure	Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie/Centre-du-Québec
Émilie Sauvageau	Candidate en psychoéducation	Université du Québec à Trois-Rivières
Source de financement	La Chaire du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées.	
Région impliquée	Mauricie/Centre-du-Québec	

### ***Introduction***

Afin de vous permettre de prendre une décision libre et éclairée relativement à votre participation à ce projet, nous vous invitons à prendre connaissance du document suivant. Nous vous invitons aussi à poser toutes les questions vous permettant de bien comprendre les objectifs de ce projet et les implications de votre participation à celui-ci.

### ***Description du projet***

Documenter les perceptions des usagers, intervenants, personnel cadre ainsi que les équipes cliniques concernant un programme intégré d'intervention dispensé au CSSS de l'Énergie pour une problématique de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

### ***Participation***

Vous serez impliqués dans une modalité de consultation soit, un *focus group*. Cette rencontre durera environ 90 minutes et permettra de partager votre perception à l'égard du programme intégré d'intervention dispensé aux personnes ayant un trouble concomitant, de ses retombées, avantages et inconvénients. Cette rencontre sera enregistrée sur bande audio afin de faciliter le processus d'analyse de vos opinions.

### ***Confidentialité***

Durant votre participation à ce projet, la chercheure responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de cette étude seront recueillis. Ces renseignements peuvent notamment comprendre les enregistrements audio de la rencontre, votre nom, votre âge, le poste que

vous occupez actuellement. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable. Par ailleurs, bien qu'il soit impossible d'assurer la confidentialité des informations obtenues en *focus group*, tous les participants signeront un engagement à garder confidentiel l'identité des autres participants ainsi que leurs verbalisations en cours de rencontre.

La chercheuse responsable de ce projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés dans un classeur verrouillé pendant 5 ans après la fin du projet, par la chercheuse responsable, et seront détruits par déchiquetage et suppression des enregistrements informatiques et audio.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### ***Compensation***

Aucune compensation ne sera remise pour votre participation à ce projet.

### ***Retrait***

La participation à ce projet est entièrement **volontaire** de votre part. Vous êtes par conséquent tout à **fait libre d'accepter ou de refuser** d'y participer, **de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre fin à votre participation à ce projet** et cela, sans que cela n'ait de conséquences sur votre emploi. Pour vous retirer, il vous suffit d'en aviser l'une des personnes liées à la recherche, toute information vous concernant sera supprimée des fichiers informatiques et audio et les documents papiers seront déchiquetés.

### ***Avantage, inconvénients et risque***

Ce projet est une opportunité de donner votre opinion sur les services offerts au sein de votre établissement. Votre implication contribuera à l'avancement des connaissances en matière de pratiques cliniques et favorisera la mise en place de mesure d'amélioration. L'inconvénient lié à votre participation est le temps pris pour participer au *focus group* ou à l'entrevue individuelle. L'un des risques que vous encourez est la prise de conscience que certaines de vos pratiques n'adhèrent pas toujours aux valeurs de votre établissement, de vos collègues ou de vos partenaires cliniques. Vous pourriez aussi réaliser que vous entretenez des préjugés à l'égard d'établissements ou organismes partenaires ou encore,



que les interventions réalisées n'ont pas répondu adéquatement aux besoins de la clientèle. Pour contrecarrer ces inconvénients, vous êtes invités à communiquer avec votre coordonnateur clinique afin d'exposer votre constat.

#### Communication des résultats généraux

Les résultats de ce projet seront présentés sous forme d'un rapport de recherche, de conférences et d'articles scientifiques, toujours en préservant la confidentialité des données, ce qui implique que votre nom ne sera jamais mentionné et que les mesures nécessaires seront prises afin que vous ne puissiez être identifiée. Les résultats seront également diffusés, sous forme de rapport, au sein de votre établissement et accessibles sur le site internet de Domrémy à [www.domremymcq.ca](http://www.domremymcq.ca)

#### ***Responsabilités***

Par votre participation à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits et ne libérez ni les chercheurs ni l'établissement et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

#### ***Surveillance des aspects éthiques***

Pour tout renseignement lié à vos droits, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en dépendance (CÉRD) du CRDM-IU au 514-385-1232, poste 3205.

#### Personnes ressources

Pour toute autre information, vous pouvez rejoindre Nadia L'Espérance, chercheuse principale au CRD Domrémy MCQ, en téléphonant au 819-374-4744 poste 129 ou 1-866-568-3877. Pour toute plainte au sujet du projet, vous pouvez contacter le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de Domrémy MCQ, madame Geneviève Blain, au 1-888-693-3606.

#### Consentement à la recherche - Engagement à la confidentialité

##### Participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte quoi que ce soit. Je certifie que le projet m'a été présenté et que je suis libre d'accepter de participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Par la présente, je consens donc à participer à ce projet.

Nous vous rappelons qu'en signant votre consentement à participer au *focus group*, vous avez aussi signé un engagement à garder confidentiel l'identité des autres participants ainsi que leurs verbalisations en cours de rencontre.

---

Nom du participant

---

Signature du participant

---

Date

*Formulaire d'engagement du chercheur*

Je certifie avoir fourni toute l'information nécessaire par écrit au participant et avoir répondu à toutes ses questions. Je certifie avoir clairement inscrit sur le formulaire le nom et les coordonnées d'une personne ressource disponible à répondre à toutes les questions du participant et que je leur remets une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Natacha Brunelle

Nom du co-chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du co-chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

Nadia L'Espérance

Nom du co-chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du co-chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

Émilie Sauvageau

Candidate en psychoéd.

\_\_\_\_\_  
Signature du co-chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

**Appendice C**  
Guide d'entretien usager(ères)

## **Guide d'entretien individuel: usagers**

**Objectif : Explorer les perceptions des usagers ayant suivi le programme intégré**

### **Introduction et retombées attendues**

- Bonjour, je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre d'une recherche que je mène afin de réaliser ma maîtrise en psychoéducation à l'UQTR, sous la direction de Natacha Brunelle de l'UQTR ainsi que de Nadia L'Espérance de Domrémy MCQ.
- Avant de commencer l'entretien, je vous invite à consulter et à signer le formulaire de consentement qui vous rappelle l'objectif de la recherche qui est de connaître vos perceptions concernant les rencontres avec François et Marie auxquelles vous participez. Le formulaire vous informe aussi que l'entretien, d'une durée d'environ une heure, sera enregistré et que les données seront détruites au terme de la recherche. L'anonymat est garanti; je suis étudiante à l'UQTR et je suis tenue à la confidentialité. Vous êtes libre de vous retirer de la recherche en tout temps en communiquant avec la chercheuse principale aux coordonnées que vous retrouvez à la fin du document.
- Puisque vous participez à ces rencontres, vous êtes un informateur clé qui nous aidera à amasser de l'information sur son déroulement et son implantation.
- Cet entretien permettra de préciser les aspects du programme appréciés et ceux à améliorer ainsi que l'expérience, la compréhension et les impacts du programme perçus à ce jour. Ces informations permettront d'améliorer le programme et son application.

### **Déroulement de l'entrevue**

#### **Questions d'ouverture**

1. Depuis combien de temps recevez-vous de l'aide, ici, à l'unité de traitement ?

2. Comment trouvez-vous les règles de vie, plus particulièrement la réaction ou les règles appliquées quand des résidents ont consommé de l'alcool ou des drogues, ici, dans votre milieu de vie ?

2.1 Quelle est la réaction des intervenants et des gestionnaires quand vous consommez ?

2.2 Quelle est votre opinion sur cette réaction ?

**Thème 1 : La situation initiale ayant mené à la participation au programme**

3. Comment avez-vous été invité à participer au programme de François et Marie?

*NB- Essayer de compléter l'aspect groupe et, ensuite, vérifier pour le suivi individuel.*

4. À quoi vous pensez que servent ces rencontres ?

4.1 Selon vous, quels sont les avantages de participer à ce programme ? (*question back-up*)

5. Lorsque vous rencontrez François et Marie, qui est présent ?

6. Quels étaient vos objectifs personnels face à votre consommation lorsque vous avez commencé à participer au programme avec François et Marie ?

6.1 Comment vos objectifs ont-ils changé depuis que vous allez à ces rencontres avec François et Marie?

7. Comment vous vous sentez durant ces rencontres-là ?

**Thème 2 : L'expérience du participant dans le programme**

8. Qu'est-ce que François et Marie vous ont dit sur les impacts de la consommation sur les effets de votre médication ou sur la condition qui fait que vous êtes ici ?

9. Quels sujets abordés dans les rencontres ont été plus aidants pour vous ?

9.1 Vos habitudes de consommation ?

9.2 Votre sentiment de bien-être ?

9.3 Votre vie en général ?

9.4 Autre?

10. Quels sujets abordés ont été les moins aidants ?

10.1 Vos habitudes de consommation ?

10.2 Votre sentiment de bien-être ?

10.3 Votre vie en général ?

10.4 Autre?

11. Comment avez-vous trouvé la manière dont les rencontres ont été faites ? (p.ex. la durée, la façon d'animer les rencontres...)

12. Comment vous trouvez la présence des autres personnes dans le groupe ?

*Sous question : est-ce que leur présence vous apporte quelque chose ?*

13. Est-ce que vous recommanderiez ces rencontres à une autre personne dans la même situation que vous ? Pourquoi ?

**Thème 3 : La consommation actuelle de l'utilisateur**

14. Comment décririez-vous votre consommation depuis le début de votre participation à ce programme avec François et Marie?

**Thème 4 : Pistes d'amélioration**

15. Comment ces rencontres pourraient être améliorées de manière à être plus satisfaisantes ou encore plus adaptées à vos besoins ?

15.1 Comment souhaitez-vous qu'on vous parle de la consommation ?

Nous en sommes à la conclusion de l'entrevue.

Avez-vous des commentaires à ajouter suite à notre discussion ?

Je vous remercie énormément du temps que vous m'avez accordé aujourd'hui. Nous en sommes très reconnaissantes.

**Appendice D**  
Guide d'entretien de groupe cadres

## **Guide d'entretien de groupe: cadres**

### **Objectif : Explorer les perceptions des cadres liés au programme intégré**

#### Introduction et retombées attendues

- Bonjour, je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre d'une recherche que je mène afin de réaliser ma maîtrise en psychoéducation à l'UQTR, sous la direction de Natacha Brunelle de l'UQTR ainsi que de Nadia L'Espérance de Domrémy MCQ.
- Avant de commencer l'entretien, je vous invite à consulter et à signer le formulaire de consentement qui vous rappelle l'objectif de la recherche qui est de connaître vos perceptions concernant le programme intégré que votre établissement dispense. Le formulaire vous informe aussi que l'entretien, d'une durée d'environ une heure, sera enregistré et que les données seront détruites au terme de la recherche. L'anonymat est garanti; je suis étudiante et je suis tenue à la confidentialité. Vous êtes libre de vous retirer de la recherche en tout temps en communiquant avec la chercheure principale aux coordonnées que vous retrouvez à la fin du document.
- Vous êtes un informateur clé qui nous aidera à amasser de l'information sur son déroulement et son implantation.
- Cet entretien permettra de préciser les aspects du programme appréciés et ceux à améliorer ainsi que l'expérience, la compréhension et les impacts du programme perçus à ce jour.

#### Déroulement de l'entrevue

##### **Questions d'ouverture**

1. Parlez-moi des raisons qui amènent la clientèle à utiliser les services de l'unité de traitement et de réadaptation du CSSSÉ?
2. Qu'implique ce milieu de vie et comment est organisé le suivi de la clientèle?
  - Durée du suivi?
  - Équipe multidisciplinaire ou intervenant pivot?
  - PSI avec d'autres partenaires cliniques...



### **Thème 1 : Expérience en lien avec le programme**

3. Qu'est-ce qui vous a amené à mettre sur pied le programme d'intervention intégrée?
  - 3.1 À quels besoins souhaitiez-vous répondre?

### **Thème 2 : Perception du processus d'implantation**

4. Quelle formation a été offerte aux intervenants dédiés à ce programme afin de les soutenir dans l'implantation et le déploiement de ce programme?
5. Quelle forme de supervision est offerte aux intervenants dédiés à ce programme?
6. Quels ont été les facteurs facilitant l'implantation du programme?
7. Quels ont été les obstacles à l'implantation du programme?
8. Comment s'est déroulée la mobilisation des ressources (financières, humaines, techniques) permettant l'implantation du programme?

### **Thème 3 : Perception de la valeur et de la qualité du programme**

9. Quels sont les points forts/qualités du programme?
10. Quels sont les points à améliorer du programme?
11. Quelles ont été les retombées du programme sur la clientèle?
12. Quelles retombées avez-vous observées au sein de vos équipes de travail respectives?
13. Quels ont été les impacts du programme sur votre travail en tant que cadre?
14. Comment trouvez-vous le travail de collaboration entre le CSSS de l'Énergie et le CRD Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec dans le cadre de ce programme?
  - 14.1 Au niveau de la communication?
  - 14.2 Au niveau du partage des connaissances?
  - 14.3 Au niveau de la continuité des services pour la clientèle?
15. Quelles informations devraient ou pourraient être colligées afin de monitorer le programme? Par qui et comment?
  - Nombre d'utilisateurs référés
  - Nombre d'utilisateurs qui complètent le programme
  - Nombre d'utilisateurs qui ne complètent pas le programme
  - Nombre d'utilisateurs qui intègrent le groupe pour une deuxième fois et pour quelle raison

Nous en sommes à la conclusion de l'entrevue.

Avez-vous des commentaires à ajouter suite à notre discussion?

**Appendice E**  
Guide d'entretien de groupe équipes cliniques

## **Guide d'entretien de groupe: équipes cliniques**

### **Objectif : Explorer les perceptions des équipes cliniques liées au programme intégré**

#### Introduction et retombées attendues

- Bonjour, je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre d'une recherche que je mène afin de réaliser ma maîtrise en psychoéducation à l'UQTR, sous la direction de Natacha Brunelle de l'UQTR ainsi que de Nadia L'Espérance de Domrémy MCQ.
- Avant de commencer l'entretien, je vous invite à consulter et à signer le formulaire de consentement qui vous rappelle l'objectif de la recherche qui est de connaître vos perceptions concernant le programme intégré que votre établissement dispense. Le formulaire vous informe aussi que l'entretien, d'une durée d'environ une heure, sera enregistré et que les données seront détruites au terme de la recherche. L'anonymat est garanti; je suis étudiante et je suis tenue à la confidentialité. Vous êtes libre de vous retirer de la recherche en tout temps en communiquant avec la chercheuse principale aux coordonnées que vous retrouvez à la fin du document.
- Vous êtes un informateur clé qui nous aidera à amasser de l'information sur son déroulement et son implantation.
- Cet entretien permettra de préciser les aspects du programme appréciés et ceux à améliorer ainsi que l'expérience, la compréhension et les impacts du programme perçus à ce jour.

#### Déroulement de l'entrevue

##### **Thème 1 : Interventions auprès de la clientèle**

1. Pour débiter, j'aimerais savoir quelles sont les professions et les rôles de chacun dans l'équipe?
2. Comment vous sentez-vous face à vos usagers qui présentent une problématique de consommation/un trouble de santé mentale?

3. Quels sont les défis rencontrés face à cette clientèle?
4. Pour cette clientèle, quelles sont vos stratégies d'intervention privilégiées?

### **Thème 2 : Connaissances sur le programme**

5. Un programme intégré concernant les troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues est dispensé par Marie Bellemare et François Gallant au CSSSÉ, que connaissez-vous de ce programme?

- 5.1 Que savez-vous de ses objectifs?
  - 5.2 Que savez-vous des thématiques abordées?
  - 5.3 Que savez-vous de la forme du programme? (la façon dont le programme est appliqué : groupe ouvert ou fermé, durée, fréquence)
  - 5.4 Que savez-vous de la co-animation qui se déroule entre Domrémy MCQ et le CSSSÉ?
6. Comment avez-vous entendu parler de ce programme?
  7. Qu'est-ce qui vous encourage à référer des usagers dans ce programme?
  8. Quel est votre rôle relativement à ce programme?

### **Thème 3 : Perception de la valeur et de la qualité du programme**

9. Quelle est votre perception ... (si pertinent)
  - 9.1 ... du contenu théorique du programme?
  - 9.2 ... des activités proposées dans le programme?
  - 9.3 ... de la structure du programme?
10. Selon vous, en quoi le programme répond-il aux besoins de la clientèle?
11. Quels sont les points forts/qualités du programme?
12. Quels sont les points faibles/limites du programme?
13. Quels ont été les impacts du programme sur la clientèle?
14. Quels ont été les impacts du programme sur votre travail en tant qu'intervenant?
15. En quoi la participation des usagers à ce programme influence vos interventions auprès d'eux?

16. Quels sont les impacts du programme sur votre travail de collaboration avec Domrémy MCQ/CSSSE?

17. Si on avait à améliorer l'implantation du programme ou son contenu, que nous proposeriez-vous?

Nous en sommes à la conclusion de l'entrevue.

Avez-vous des commentaires à ajouter suite à notre discussion?

**Appendice F**  
Guide d'entretien de groupe intervenants

## **Guide d'entretien de groupe: intervenants**

### **Objectif : Explorer les perceptions des intervenants dispensant le programme intégré**

#### Introduction et retombées attendues

Bonjour, je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre d'une recherche que je mène afin de réaliser ma maîtrise en psychoéducation à l'UQTR, sous la direction de Natacha Brunelle de l'UQTR ainsi que de Nadia L'Espérance de Domrémy MCQ.

Avant de commencer l'entretien, je vous invite à consulter et à signer le formulaire de consentement qui vous rappelle l'objectif de la recherche qui est de connaître vos perceptions concernant le programme intégré que votre établissement dispense. Le formulaire vous informe aussi que l'entretien, d'une durée d'environ une heure, sera enregistré et que les données seront détruites au terme de la recherche. L'anonymat est garanti; je suis étudiante et je suis tenue à la confidentialité. Vous êtes libre de vous retirer de la recherche en tout temps en communiquant avec la chercheuse principale aux coordonnées que vous retrouvez à la fin du document.

Vous êtes un informateur clé qui nous aidera à amasser de l'information sur son déroulement et son implantation.

- Cet entretien permettra de préciser les aspects du programme appréciés et ceux à améliorer ainsi que l'expérience, la compréhension et les impacts du programme perçus à ce jour.

#### Déroulement de l'entrevue

##### **Question d'ouverture**

1. Depuis combien d'années travaillez-vous auprès de la clientèle présentant un trouble mental et des comportements de consommation?
2. Quels sont les défis rencontrés auprès de cette clientèle?

### **Thème 1 : Expérience en lien avec le programme**

3. Qu'est-ce qui vous a amené à mettre ce programme sur pied?
4. Quelle formation avez-vous reçu afin de vous soutenir dans la mise sur pied et le déploiement de ce programme?
5. Que diriez-vous de la formation que vous avez reçue pour appliquer ce programme?
6. Depuis quand appliquez-vous ce programme?
7. De quelle manière a-t-il été adapté par rapport au programme original (Bon Trip Bad Trip)?
8. Parlez-moi de ce programme?
  - Quels sont les critères d'évaluation permettant de participer au programme?
  - Qui peut référer un usager vers ce programme?
  - Ses objectifs?
  - Son contenu?
  - Le nombre de rencontres par semaine?
  - Le nombre d'utilisateurs par groupe?
  - Le nombre d'utilisateurs qui ont participé à ce programme à ce jour?
  - Quel est le rôle de chaque animateur?
9. Comment arrivez-vous à engager et maintenir la clientèle dans le programme lorsqu'elle semble ambivalente face au changement de comportement de consommation?
10. Comment impliquez-vous les autres membres de vos équipes respectives dans le suivi de la clientèle entre les séances et après la participation au programme?
11. Comment déterminez-vous les objectifs de la clientèle et l'atteinte de ceux-ci en cours de programme?
12. Comment assurez-vous la progression de la clientèle en cours ou à la fin de programme?
  - Que faites-vous avec ceux qui ne progressent pas ou qui ne terminent pas le programme?
13. À la fin du programme, quel moyen utilisez-vous pour souligner le chemin parcouru (remise d'un diplôme, autre objet de reconnaissance...)?
14. CSSSE : Avant la mise sur pied de ce programme, comment gériez-vous la consommation au sein de l'établissement?
  - 14.1 Comment qualifieriez-vous cette gestion?



14.2 Comment cette gestion de la consommation pourrait-elle être améliorée dans l'établissement d'accueil du programme?

14.3 Qu'est-ce que ce programme a changé?

15. CRD : Avant la mise sur pied de ce programme, comment gériez-vous le trouble mental au sein de votre établissement?

## **Thème 2 : Perception du processus d'implantation**

16. Quels ont été les facteurs facilitant l'implantation du programme dans le CSSS?

17. Quels ont été les obstacles à l'implantation du programme?

18. Comment ce programme a-t-il été diffusé au sein de l'établissement?

## **Thème 3 : Perception de la valeur et de la qualité du programme**

19. Quelle est votre perception ...

19.1 ... du contenu théorique du programme?

19.2 ... des activités proposées dans le programme?

19.3 ... de la structure du programme?

20. Selon vous, en quoi le programme répond-il aux besoins de la clientèle?

21. Quels sont les points forts/qualités du programme?

22. Quels sont les points faibles/limites du programme?

23. Quels ont été les impacts du programme sur la clientèle?

24. Quels ont été les impacts du programme sur votre travail en tant qu'intervenant?

25. Selon vous, comment le programme pourrait-il être amélioré/plus satisfaisant/mieux adapté dans...

25.1 Sa forme?

25.2 Sa structure?

25.3 Son contenu théorique et clinique?

26. D'un point de vue administratif, quelles données ou informations pourraient être colligées afin de monitorer les retombées du programme sur la clientèle?

- N usagers référés
- N usagers qui complètent le programme
- N usagers qui ne complètent pas le programme
- N usagers qui intègre le groupe pour une deuxième fois pour quelle raison
- ...

27. Comment qualifieriez-vous le niveau de cohérence du programme en lien avec la mission, les valeurs et orientations générales de l'établissement?

28. Comment trouvez-vous le travail de collaboration entre le CSSS de l'Énergie et le CRD Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec dans le cadre de ce programme intégré?

28.1 Au niveau de la communication?

28.2 Au niveau du partage des connaissances?

28.3 Au niveau de la continuité des services auquel l'utilisateur peut avoir droit?

Nous en sommes à la conclusion de l'entrevue.

Avez-vous des commentaires à ajouter suite à notre discussion?

**Appendice G**  
Grille de codification

## Grille de codification

- 1 La clientèle du programme.
- 1.2 Raison de la consommation.
- 1.3 Défis et caractéristiques spécifiques liés à cette clientèle.
  - 1.2.1 Motivation.
  - 1.2.2 Alliance thérapeutique.
  - 1.2.3 Perception de soi.
  - 1.2.4 Non reconnaissance de la maladie mentale.
  - 1.2.5 Idées délirantes affectant la consommation.
  - 1.2.6 Sous contrainte.
  - 1.2.7 Problème de consommation reportée dans le temps.
  - 1.2.8 Hébergement de longue durée.
  - 1.2.9 Impact perçu de la consommation.
  - 1.2.10 Rétention de l'information limitée.
  - 1.2.11 Autre caractéristiques et défis.
  - 1.2.12 Perception des intervenants dédiés
- 1.4 Perception des règles de vie.
- 1.5 Autre.
  
- 2 Le développement du programme
- 2.2 Raison d'être du programme.  
*À quels besoins voulait-on répondre?*
- 2.3 Fondements théoriques et cliniques.
- 2.4 Compensation de la participation (café).
- 2.5 Distinction entre le groupe médicolégal et sur les unités.
- 2.6 Essai et erreur.
- 2.7 Le choix des intervenants dédiés.
- 2.8 Formation des intervenants.
  - 2.7.1 Intervenants dédiés.
  - 2.7.2 Autres intervenants.
- 2.9 Évolution des modalités d'intervention.
  - 2.9 Évolution de la co-intervention.
  - 2.10 Continuum de services.
  - 2.11 Implication des intervenants dédiés au sein des autres équipes d'intervention.
  - 2.12 Autre.
  
- 3 Le programme
- 3.2 Critères d'inclusion et recrutement.
- 3.3 Objectifs du programme.
- 3.4 Contenu et programmation du programme.
- 3.5 Déroulement et parcours.
  - 3.4.1 Respect de l'état émotionnel du client.

- 3.4.2 Suivi individuel.
  - 3.4.3 Suivi de groupe.
  - 3.4.4 Durée et intensité du traitement.
  - 3.4.5 Suivi en lien avec les autres services sur le territoire.
- 3.6 Outils (instruments standardisés) utilisés auprès de la clientèle.
- 3.7 Objectifs du client/plan d'intervention.
  - 3.7 Diffusion du programme.
  - 3.8 Rôles des intervenants.
  - 3.9 Philosophie d'intervention du programme.
  - 3.10 Autre.
- 4 Fonctionnement de l'unité de traitement.
  - 4.2 Règles de vie.
  - 4.3 Équipe multidisciplinaire.
  - 4.4 Gestion et perception de la consommation avant le programme.
  - 4.5 Détection de la consommation de SPA (DDR).
  - 4.6 Autre.
- 5 Réactions face à la consommation des usagers de la part des autres membres du personnel.
  - 5.2 Réduction des méfaits.
  - 5.3 Conséquences pour les intervenants dédiés.
  - 5.4 Conséquences pour les usagers.
  - 5.5 Autre.
- 6 Accès aux SPA.
- 7 Retombées du programme / impacts
  - 7.2 Impacts sur la clientèle
  - 7.3 Impacts sur les équipes cliniques (CSSSE et CRD).
  - 7.4 Impacts sur l'expertise des intervenants.
  - 7.5 Autre.
- 8 Évolution de la consommation de SPA.
- 9 Facteurs facilitant l'implantation du programme
  - 9.2 Intervenants dédiés.
  - 9.3 Autre.
- 10 Les obstacles et défis à l'implantation du programme
  - 10.2 L'ajustement face au milieu de vie.
  - 10.3 L'autodidactie des intervenants.
  - 10.4 Les croyances du personnel face au programme.
  - 10.5 Les exigences des médecins.

- 10.6 Ne pas être dans les réunions d'équipe.
- 10.7 Autre.

#### 11 Pistes d'amélioration

- 11.2 Dossier unique/plan d'intervention commun.
- 11.3 Faire connaître davantage le programme à l'interne.
- 11.4 Formation.
  - 11.3.1 Démystifier l'impact du traitement de la consommation, les aspects de chronicité et de la définition du succès des traitements.
- 11.5 Réduction des méfaits.
- 11.6 Allouer plus de temps pour ce programme.
- 11.7 Diminuer ou cesser le recours aux DDR.
- 11.8 Augmenter l'échange d'expertise entre les deux établissements.
- 11.9 Monitorer les indicateurs de performance des clients.
- 11.10 Ajouts ou modifications à la programmation.
- 10.10 Autre.

## **Appendice H**

Le modèle des dix composantes de Gendreau

