

**LA REPRÉSENTATION SOCIALE ET LE TROUBLE CONCOMITANT DE  
PERSONNES QUI ONT REÇU CE DIAGNOSTIC**

Par  
Natasha Crête

Mémoire déposé à  
l'École de service social  
en vue de l'obtention de la  
Maîtrise en service social

Sous la direction de Lilian Negura

Université d'Ottawa  
Décembre 2018

## REMERCIEMENTS

C'est avec beaucoup de fierté que je dépose ce mémoire et que je conclus mon aventure de la maîtrise en travail social.

Tout d'abord un énorme merci aux cinq participants qui ont accepté de participer dans mon étude. Toutes vos histoires m'ont touché énormément et je suis chanceuse d'avoir pu témoigner de vos expériences de vie. Je sais que ce n'est pas facile de partager sa vie personnelle et je vous remercie d'avoir été si engagés dans ce projet. Je suis très reconnaissante pour votre don de temps et votre ouverture. Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible.

Merci aussi à l'Association canadienne pour la santé mentale d'Ottawa qui a accepté que je recrute des participants auprès d'eux et pour leur intérêt dans ma recherche.

Merci au Professeur Lilian Negura pour son soutien, pour sa flexibilité, sa rapidité et ses conseils indispensables lors la rédaction de ce mémoire. Merci de m'avoir partagé tes connaissances et d'avoir nourri ma réflexion avec tes propos ainsi que de m'avoir aidé à mettre les choses en perspective dans les moments d'incertitude.

Je tiens également à remercier les professeurs, mes collègues étudiantes et le personnel administratif de l'École de service social de l'Université d'Ottawa qui ont permis que ma formation de travailleuse sociale soit si enrichissante. De plus, un gros merci à mes superviseuses de stages ainsi que tous les autres qui ont contribué à mon apprentissage.

Je tiens à remercier aussi ma famille et mes amies qui m'ont soutenu et qui ont patienté lorsque je terminais mon mémoire. L'horaire pour les activités familiales et sociales a été perturbé, mais je suis reconnaissante pour votre compréhension et votre encouragement continu lors de cette épreuve.

Merci aussi à Ghislain, qui m'a soutenu tout à travers du processus d'écriture de mon mémoire. Merci d'avoir été auprès de moi pour mes multiples moments anxieux et pour avoir continué à

me rassurer dans les moments où je perdais un peu d'espoir. Merci aussi pour les heures d'écoute. Je t'aime beaucoup et je suis chanceuse de t'avoir dans ma vie.

Finalement, félicitations à moi-même pour avoir persévéré avec ce projet malgré les multiples obstacles survenus lors de la rédaction.

## RÉSUMÉ

Les études sur la toxicomanie et la santé mentale ont tendance à adopter des perspectives d'analyse qui visent la médicalisation de l'individu. Cette perspective néglige la dimension sociale de cette problématique. De plus, les perspectives des usagers ayant ces conditions sont rarement abordées dans ces études. Nous avons entamé cette recherche sur les représentations sociales des personnes ayant un trouble concomitant afin de mieux comprendre les perspectives subjectives et le vécu de cette population dans le contexte des services sociaux offerts à cette population.

Les objectifs de cette recherche sont d'appréhender : 1) comment la santé mentale, la consommation de substances et le trouble concomitant sont compris par les personnes ayant un trouble concomitant; 2) comment l'utilisation de services est perçue par ces personnes. La méthode de collecte des données a été l'entretien semi-dirigé. Nous avons effectué notre enquête auprès de cinq personnes adultes ayant un trouble concomitant dans la région d'Ottawa identifiées selon les critères suivants : ayant vécu 1) une expérience de consommation de substances psychoactives depuis au moins un an et 2) une condition de santé mentale depuis au moins un an. L'analyse thématique des données a dévoilé le fait que la représentation sociale du trouble concomitant n'est pas distincte de la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie. Les personnes ayant reçu ce diagnostic n'attribuent pas beaucoup de signification au terme trouble concomitant et ils décrivent leur expérience en utilisant les contenus représentationnels associés à la santé mentale et à la toxicomanie. Les personnes expliquent leur expérience de la santé mentale et de la toxicomanie par les trois thèmes centraux suivants : 1) *le sentiment d'appartenance*, 2) *la stigmatisation* et 3) *le soulagement et le coping*. D'autres éléments, plus périphériques, comme l'importance des relations sociales, l'impact de la

stigmatisation, l'automédication et l'allègement de la dysphorie, la marijuana et son caractère distinct et l'utilisation des services et les besoins perçus pour les personnes ayant une condition de santé mentale et de toxicomanie ont également été identifiés dans le discours des participants. Notre enquête démontre un besoin profond des personnes avec un trouble concomitant pour l'empathie, le respect, la communication avec les pairs, les services diversifiés et intégrés, l'intégration sociale et l'attachement affectif. Cette étude contribuera à mieux comprendre les réalités représentées par les personnes ayant un trouble concomitant.

**Mots-clés :** trouble concomitant, représentation sociale, toxicomanie, santé mentale, intervention, stigmatisation, intégration sociale, appartenance, soulagement, *coping*.

## Tables des matières

RÉSUMÉ.....	3
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES.....	9
LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS .....	10
INTRODUCTION .....	11
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE .....	13
1.1 Le trouble concomitant.....	13
1.1.1 Le trouble concomitant : le début d'un nouveau phénomène .....	14
1.1.2. Mouvement vers le communautaire .....	16
1.1.3 Santé mentale et toxicomanie : deux systèmes séparés .....	17
1.1.4 La création et la reconnaissance du terme « trouble concomitant » .....	18
1.2 Le trouble concomitant dans la société d'aujourd'hui .....	19
1.2.1 La prévalence du trouble concomitant.....	19
1.2.2 L'hétérogénéité des troubles concomitants.....	21
1.2.3 L'organisation des services .....	22
1.2.4 Le point de vue des professionnels : le trouble concomitant comme objet d'une préoccupation.....	24
1.3 Recension des écrits : comprendre la cause et le traitement du trouble concomitant .....	27
1.3.1 Établir un lien entre la santé mentale et la consommation de substances.....	28
1.3.1.1 Le modèle de facteurs communs.....	28
1.3.1.2 Le modèle d'abus de substances secondaire .....	30
1.3.1.3 Le modèle de désordre psychiatrique secondaire.....	33
1.3.1.4 Le modèle bidirectionnel .....	34
1.3.2 Traitement .....	35
1.4. Cadre théorique : les représentations sociales .....	37
1.4.1 La théorie des représentations sociales : définition et concepts de base .....	38

1.4.2 La représentation sociale du trouble concomitant .....	40
1.4.2.1 La représentation sociale de la santé mentale .....	40
1.4.2.2 La représentation sociale de la toxicomanie .....	42
1.4.2.3 La représentation sociale du trouble concomitant : objet distinct? .....	44
1.5 Question de recherche .....	46
<b>CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>48</b>
2.1 Approche et type de recherche privilégiés.....	48
2.2 Population à l'étude et méthode d'échantillonnage .....	49
2.3 Méthode de recrutement .....	50
2.4 Collecte des données .....	52
2.5 Traitement et analyse des données .....	54
2.6 Considérations éthiques et limites.....	56
<b>CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS .....</b>	<b>61</b>
3.1 Trouble concomitant : Quête de sens et instrumentalisation .....	61
3.2 Sentiment d'appartenance.....	64
3.2.1. Premières expériences de la toxicomanie .....	64
3.2.1.1 Affiliation amis .....	64
3.2.1.2 Style de vie familial.....	66
3.2.1.3 Influence des relations amoureuses.....	67
3.3 La stigmatisation .....	68
3.3.1 Perception de la folie .....	69
3.3.2 Survivants.....	70
3.3.3 L'image du drogué (« stoner »).....	71
3.3.4 Danger et criminalité .....	72
3.3.5 Le besoin de cacher la condition .....	74
3.3.6 Lien avec la normalité .....	76
3.3.7 L'isolement social .....	77

3.3.8 L'effet de la proximité .....	80
3.4 Soulagement et <i>coping</i> .....	80
3.4.1 La diminution et l'augmentation des symptômes .....	81
3.4.2 Les conséquences négatives.....	84
3.4.3 Le caractère ambivalent de la marijuana .....	86
3.4.4 Perte de contrôle vs. Gestion de soi.....	87
3.4.5 Historique d'abus ou de trauma .....	88
3.4.6 Historique de tentatives de suicide .....	89
3.5 Les besoins perçus en matière d'intervention .....	90
3.5.1 Le respect et la compréhension .....	91
3.5.2 Communication avec les pairs.....	93
3.5.3 Le besoin de services spécialisés et diversifiés.....	94
3.5.4 Intégration sociale .....	96
3.5.5 Attachement affectif .....	97
CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET IMPLICATION POUR L'INTERVENTION ET LA RECHERCHE.....	99
4.1. Le trouble concomitant comme objet représentationnel .....	99
4.2 L'importance des relations sociales .....	101
4.3 L'impact de la stigmatisation.....	105
4.4. Automédication et allègement de la dysphorie .....	113
4.5 La marijuana et son caractère distinct .....	116
4.6. L'utilisation des services et les besoins perçus .....	118
4.6.1 Le respect et la compréhension .....	119
4.6.2 Communication avec les pairs.....	120
4.6.3 Services spécialisés et diversifiés.....	122

4.6.4 Intégration sociale .....	124
4.6.5 Attachement affectif .....	126
CHAPITRE 5: CONCLUSION .....	128
5.1 Implications pour l'intervention sociale .....	128
5.2 Pistes de recherches futures .....	130
Bibliographie .....	132
Annexe A- Formulaire de consentement.....	155
Annexe B- Consent form.....	158
Annexe C : Ressources disponibles .....	161
Annexe D : Available resources .....	163
Annexe E: Affiche de recrutement.....	165
Annexe F: Recruitment poster .....	166
Annexe G : Fiche analytique .....	167
Annexe F: Analytical sheet .....	169
Annexe H : Guide d'entretien semi-directif.....	171
Annexe I : Semi-structured interview guide.....	174
Annexe J : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa .....	177

## **LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES**

**Tableau 1:** Données sociodémographiques des participants

**Annexe A.** Formulaire de consentement

**Annexe B.** Consent form

**Annexe C.** Ressources disponibles

**Annexe D.** Available resources

**Annexe E.** Affiche de recrutement

**Annexe F.** Recruitment poster

**Annexe G.** Fiche analytique

**Annexe F.** Analytical sheet

**Annexe H.** Guide d'entretien semi-directif

**Annexe I.** Semi-structured interview guide

**Annexe J.** Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

## **LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS**

**ACSM:** Association canadienne pour la santé mentale

**ECA :** Epidemiological Catchment Area study

**ESCC :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**SAMHSA :** Substance Abuse and Mental Health Services Administration

## **INTRODUCTION**

Mon questionnement commença lorsque j'ai vu la frustration d'un homme qui s'est fait refuser des services sociaux et de santé en raison d'un diagnostic co-occurent en santé mentale. Il avait vécu une crise suicidaire et s'était fait refuser des services de crises en raison de son diagnostic co-occurent. Je ne pouvais alors pas m'enlever de l'esprit l'image de cet homme qui avait vécu tellement de refus malgré une volonté exceptionnelle de participer à des programmes d'aide. Cette situation m'a marqué. Plusieurs questionnements sont alors venus nourrir ma réflexion : quoi faire de ces gens qui présentent une situation si complexe ? Que faire lorsque l'organisation de services et les critères d'admission font obstacle à l'intervention auprès des personnes ? Comment les gestionnaires et les professionnels perçoivent-ils ces personnes ? Que pensent les personnes s'étant fait refuser des services pour cette raison ? Quelles barrières sociétales et structurelles affrontent-ils ? Plus particulièrement, et tout en gardant ces différentes questions à l'esprit, j'ai voulu explorer quelles étaient les représentations sociales que ces personnes avaient d'elles-mêmes en fonction de leurs vécus au sein des services reçus. Comment ces personnes se perçoivent-elles ? C'est cet espace de questionnement qui me motiva, dans le cadre de ce mémoire, à me pencher sur la question du trouble concomitant dans le domaine de santé mentale et de toxicomanie.

Dans le premier chapitre, nous allons développer la problématique de recherche à l'aide d'une revue de littérature touchant différents aspects du trouble concomitant. Le cadre théorique, la question de recherche et les objectifs de recherche y seront présentés également.

Dans le second chapitre, nous allons présenter l'approche méthodologique de la recherche. La population à l'étude, la méthode d'échantillonnage et la méthode de recrutement seront

examinées. La méthode de collecte des données, le traitement et l'analyse de données ainsi que les considérations éthiques et les limites de la recherche seront exposés en détail.

Au cours du troisième chapitre, les résultats provenant des personnes interviewées lors de la recherche serviront à faire une mise en contexte pour préparer les lecteurs à la présentation des données issues des entretiens.

Le quatrième chapitre tentera de répondre à la question de recherche originale. Les résultats de recherche seront mis en parallèle avec les objectifs de recherche fixés au départ pour illustrer comment ils ont pu être adressés en lien avec le cadre théorique. Ils seront mis en corroboration avec la littérature existante afin de fournir une analyse plus poussée.

En conclusion, nous allons récapituler les éléments ressortant de cette recherche ainsi que présenter des pistes d'interventions et de recherches possibles.

## **CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE**

Nous allons débiter en explorant la littérature portant sur la co-occurrence entre la santé mentale et la toxicomanie. De ce fait, nous allons présenter la définition et l'historique de l'émergence du terme trouble concomitant, un terme qui permet de regrouper ces deux domaines d'étude, afin de bien comprendre l'évolution des questionnements scientifiques à son égard. Une présentation du trouble concomitant dans la société d'aujourd'hui suivra pour démontrer sa prévalence, son hétérogénéité, l'organisation des services et le point de vue des professionnels dans le contexte actuel. Nous agencerons aussi une recension des écrits permettant de comprendre la cause et le traitement du trouble concomitant. La construction de la problématique permettra de faire un bilan des connaissances existantes dans le domaine et permettra de développer la place que notre recherche aura dans la production des connaissances. Nous continuerons avec la présentation de notre cadre théorique et de ses concepts clés. Pour terminer, notre question de recherche serait formulée.

### **1.1 Le trouble concomitant**

Le trouble concomitant, également appelé diagnostic mixte, trouble mixte ou parfois double diagnostic, est défini comme l'existence simultanée d'un trouble mental et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (Rush, Urbanoski, Bassani, Castel, Wild, Strike, Dennis, et Somers, 2008). La cinquième version du *manuel américain de diagnostics psychiatriques* (DSM-5) met en évidence les troubles concomitants dans ses critères diagnostiques de troubles de santé mentale et de toxicomanie en reconnaissant que de nombreux symptômes vécus par une personne ayant une des conditions sont souvent présents dans l'autre condition (APA, 2013). De plus, les personnes ayant un trouble concomitant peuvent aussi vivre l'expérience de cette

condition de manière différente. Ainsi, les expériences de personnes ayant un trouble concomitant sont souvent présentées sur un continuum variant d'expériences légères ou modérées de conditions de santé mentale (p. ex. dépression ou anxiété) ou de consommation de substances (consommation récréative d'alcool ou de drogues illicites) à des expériences plus sévères de santé mentale (p. ex. psychose, trouble bipolaire) ou de consommation de substances sévères (p. ex. cocaïne ou amphétamines) (Chorlton et Smith, 2016). Le trouble concomitant est donc caractérisé par une combinaison de condition de santé mentale et de consommation de substance et par des symptômes complexes qui peuvent varier dans leur sévérité. Cependant, pour bien saisir la complexité de ce phénomène, il faut comprendre l'émergence du trouble concomitant dans son contexte sociohistorique.

### **1.1.1 Le trouble concomitant : le début d'un nouveau phénomène**

Premièrement, il faut comprendre que beaucoup de choses ont changé dans les professions de la santé mentale et de la toxicomanie au cours des cinquante dernières années. En 1960, peu de personnes utilisaient des drogues autres que l'alcool ou la nicotine et la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux graves passaient de longues périodes institutionnalisées. De plus, les dépendances et les troubles mentaux étaient vus comme des défauts personnels (Hendrickson, Schmal et Eckleberry, 2004). Les programmes publics pour les toxicomanes étaient surtout donnés dans les hôpitaux et ils se concentraient sur la détoxification. Une des seules ressources communautaires qui existait pour ceux avec une dépendance aux substances était Alcooliques Anonymes (Hendrickson, 2006). Il y avait peu de programmes pour les troubles mentaux et ils étaient surtout localisés dans de grands hôpitaux. Il y avait aussi peu de médicaments psychiatriques disponibles. Les modèles médicaux et psychanalytiques dominaient les champs de

la toxicomanie et la santé mentale (Hendrickson, Schmal et Eckleberry, 2004). Ce genre de modèle ne permettait pas la participation des personnes affectées et imposait souvent des traitements aux individus. L'approche préconisée était donc la psychanalyse où le but principal des traitements était d'identifier les parties non résolues de l'enfance de la personne afin d'expliquer les symptômes correspondants (Pirlot, 2013).

Le milieu des années 1960 était caractérisé par plusieurs changements sociétaux ayant des conséquences sur les domaines de santé mentale et de toxicomanie. Plusieurs nouvelles drogues comme la marijuana, le LSD, les amphétamines et les barbituriques ont été popularisées et plusieurs mouvements sociaux (hippies, love and peace, etc.) ont aussi contribué à la diffusion de la consommation comme forme de contestation ou comme modes de vie alternatifs (Hendrickson, 2006). De plus, la découverte de nouveaux médicaments a permis de traiter les troubles mentaux considérés comme plus sévères. Grâce à ces nouveaux médicaments, les gens pouvaient mieux contrôler leurs symptômes psychiatriques. Cette nouvelle maîtrise des symptômes a donc déclenché la désinstitutionnalisation et a permis à plusieurs gens ayant une condition de santé mentale à quitter le milieu hospitalier ou institutionnel afin de recevoir de l'aide dans la communauté (Ibid). Le mouvement vers le communautaire était attribué en partie aux mouvements libérateurs de l'époque (ex. mouvement féminisme, mouvement antiracisme, mouvement homosexuel, etc.) et surtout au mouvement antipsychiatrique déclenché par les sociologues de l'École de Chicago et partagé par des philosophes postmodernes comme Michel Foucault (voir Foucault, 1971). Ces mouvements ont encouragé plusieurs discours de croissance personnelle, d'empowerment et de conscientisation et ont mené à la création de nouvelles thérapies centrées sur ces idéaux.

### **1.1.2. Mouvement vers le communautaire**

Cependant, par les années 1970, il y a eu beaucoup d'évolution dans les champs de santé mentale et de toxicomanie. C'est le gouvernement qui assurait le financement des institutions communautaires après la désinstitutionnalisation. Ceci a encouragé la création de nouveaux titres professionnels tels que : conseiller en abus de substances, conseiller en santé mentale et conseiller en réadaptation. De plus, c'est à cette même époque que le travail social se séparait de son rôle traditionnel en protection de l'enfance et en navigation de services, pour inclure la fonction de thérapeute (Hendrickson, 2006). Il y a aussi eu une évolution progressive de responsabilités et la réalisation de programmes spécifiques pour le traitement de maladies qui a vu le jour. Ces facteurs contribuèrent à la séparation des domaines des soins. Les champs de la santé mentale et de la toxicomanie évoluaient donc de manière séparée en raison de cette haute spécialisation et de la concurrence pour le financement (Hendrickson, Schmal, Eckleberry, 2004).

Plus tard, lors des années 1970, les personnes recevaient la plupart de leurs traitements au sein de la communauté. Ainsi, les jeunes adultes ayant un trouble de santé mentale étaient maintenant moins isolés et pouvaient participer dans les activités de leurs pairs. Ceci a fait de sorte qu'un grand nombre de personnes ont commencé à rejoindre les habitudes de leurs pairs et à consommer de l'alcool et des drogues (Hendrickson, Schmal et Eckleberry, 2004). Ceux qui avaient des conditions de santé mentale ou de toxicomanie pouvaient aussi décider de ne pas suivre les traitements recommandés ou de les suivre que partiellement. Ni le système de soins en santé mentale ou en toxicomanie étaient prêts à adresser les multiples besoins de cette nouvelle population de jeunes. Cette nouvelle génération généra donc de multiples nouvelles préoccupations auprès des professionnels de la santé (Hendrickson, 2006).

### **1.1.3 Santé mentale et toxicomanie : deux systèmes séparés**

Tout d'abord, un de ces problèmes était qu'au début des années 1970, le système de traitement pour les troubles liés à la consommation était divisé en deux : les programmes pour le traitement de l'alcoolisme et les programmes pour le traitement de la toxicomanie. Traditionnellement, les programmes de traitement de l'alcoolisme avaient des clients plus âgés qui consommaient seulement de l'alcool et les programmes pour toxicomanes avaient principalement des clients jeunes qui consommaient une variété de drogues, incluant l'alcool. Principalement, ceux qui considéraient l'usage de drogues comme le résultat de problèmes psychologiques sous-jacents géraient les programmes de services ambulatoires, alors que ceux qui croyaient que l'alcoolisme avait une origine génétique et biologique travaillaient dans des programmes de traitement de l'alcool (Hendrickson et al., 2004). Bien que certains programmes désignés pour le traitement de la consommation de substances aient fusionné en un seul système au milieu des années 1970, la majorité des systèmes pour la consommation de substances ne se sont pas combinés avant les années 1990. En revanche, les programmes de santé mentale évaluaient rarement leurs clients pour l'usage d'alcool ou de drogues, croyant que l'abus de ces substances prendrait fin une fois la condition de santé mentale résolue. Ainsi, pendant la majeure partie des années 1970, les systèmes de traitement pour la santé mentale et la toxicomanie fonctionnaient séparément les uns des autres. Ils étaient donc mal équipés pour traiter de multiples troubles, avaient une vision philosophique opposée et des stratégies d'intervention différentes (Hendrickson, Schmal et Eckleberry, 2004).

### **1.1.4 La création et la reconnaissance du terme « trouble concomitant »**

Ce n'est qu'en 1980, avec la publication de la troisième version du *manuel américain de diagnostics psychiatriques* (DSM-III), qu'il y a eu un début de reconnaissance pour le développement éventuel de services pour les individus avec un trouble concomitant. Par ailleurs, ce n'est qu'avec l'apparition de cette édition du manuel que les individus pouvaient avoir plus qu'un diagnostic. En d'autres mots, les individus pourraient maintenant faire appel au système de soins de santé mentale ou de toxicomanie et il y aurait une reconnaissance pour ceux ayant un diagnostic mixte.

Cependant, il faut se rappeler que même à ces origines et cette première reconnaissance, le terme trouble concomitant n'existait pas. Pour comprendre, il n'existait pas de terme plus précis pour désigner ces personnes à cette époque. On utilisait le terme double diagnostic, emprunter du domaine de déficience intellectuelle et utilisée pour désigner ceux avec une déficience intellectuelle lié avec un trouble de santé mentale, pour désigner ceux qui avaient une condition de santé mentale et de toxicomanie problématique. La création du terme trouble concomitant a éventuellement été créé parce qu'à la fin des années 1970, les praticiens des champs de santé mentale et de la toxicomanie signalaient un nombre important de personnes qui avaient à la fois une condition de santé mentale et un problème de toxicomanie. Cela était particulièrement évident parmi ceux qui souffraient de dépression et d'anxiété (McLellan et Druley, 1977, Ritzler, Strauss, Vanord et Kokes, 1977). Plus tard, dans les années 1980, les praticiens signalaient un nombre croissant d'autres troubles de santé mentale qui étaient rendus beaucoup plus difficiles à traiter en raison de la croissance de problèmes liés à la toxicomanie (de Leon, 1989). L'introduction de traitements pour les personnes ayant des problèmes concomitants a commencé au milieu des années 1980. Bien que certains programmes en santé mentale faisaient des

ajustements pour mieux traiter les personnes ayant un problème concomitant au début des années 1980, peu de programmes spécialisés ont été développés. La progression de traitements et de programmes pour cette population a donc été très lente. Ce n'est qu'en 1989, lorsque le terme « dual diagnosis » (double diagnostic) est apparu dans l'index du journal de *Hospital and Community Psychiatry*, qu'il a eu une reconnaissance grandissante de ce phénomène (Cherry, 2008). Drake, Osher et Bartels en 1996 ont constaté que nommer ce phénomène était très important. Ainsi, créant un terme médical simple réduisant la complexité du trouble concomitant a permis un mandat pour la reconnaissance et le traitement de ce dernier.

## **1.2 Le trouble concomitant dans la société d'aujourd'hui**

Il faut reconnaître que les cinquante dernières années ont donné lieu à d'importants changements dans les domaines de santé mentale et de toxicomanie. Nous allons donc procéder par une analyse de l'état actuel des études sur le trouble concomitant afin de comprendre sa complexité et de bien situer ce phénomène dans son contexte actuel. Pour ce faire nous allons examiner la prévalence du trouble concomitant, l'hétérogénéité des troubles concomitants, l'organisation des services et le point de vue des professionnels.

### **1.2.1 La prévalence du trouble concomitant**

De nombreuses études épidémiologiques portant sur la prévalence des troubles concomitants ont été menées dans les vingt dernières années. Par contre, la plus grosse enquête sur les troubles concomitants à ce jour, est le Epidemiological Catchment Area (ECA) study (Reiger, Farmer, Rae, Lacke, Keith, Judd et Goodwin, 1990). Cette étude a permis de constater que ceux qui avaient un diagnostic psychiatrique avaient trois à cinq fois plus de probabilité d'avoir un

problème de consommation ou de dépendance aux substances. Cette étude a aussi démontré qu'environ 80 pour cent des personnes cherchant des traitements pour la consommation de substances ont aussi rapporté qu'ils vivaient de la détresse reliée à des symptômes psychologiques négatifs (surtout reliés à des symptômes dépressifs). Bref, Myrick et ses collègues (2004) rapportent que l'étude ECA a trouvé qu'environ 45 % des individus ayant un désordre de consommation d'alcool et 72 % des individus ayant un désordre de consommation de substances auront au moins un désordre psychologique co-occurent (2004). Dans ce même sens, il faut souligner aussi qu'une étude plus récente par Kessler (2004) a suggéré qu'approximativement 50 % des individus ayant un diagnostic de consommation de substances ont aussi un désordre psychologique co-occurent. De plus, ils ont constaté que la majorité des individus ne reçoivent pas des traitements pour l'un ou l'autre de ces problématiques. Ainsi, ces études démontrent qu'il y a un grand nombre de personnes ayant un trouble concomitant qui peuvent se retrouver soit dans le système de santé mentale ou de toxicomanie et que les individus vivant avec l'une de ces conditions, ont de grandes probabilités à développer une autre condition. Toutefois, il faut dire que les enquêtes au Canada sur les troubles concomitants sont rares. Au Canada, il y a deux enquêtes principales qui ont été menées sur les troubles concomitants : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être qui a été menée en 2012 et une autre en 2002. Selon l'enquête de 2012, 1,2 % (282 000) de la population canadienne âgée de 15 à 64 ans a présenté des troubles concomitants de l'humeur ou d'anxiété et des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues (Khan, 2017). Cette estimation est similaire à la prévalence de 1,7 % des troubles concomitants issue des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être menée en 2002, qui a permis de mesurer un éventail de maladies mentales légèrement différentes

(Rush et al., 2008). Toutefois, ces chiffres sont sous-estimés parce que les limitations des études menées en 2002 et en 2012 notent qu'ils ont exclu certains diagnostics de santé mentale, qu'ils ont exclu certaines populations qui pourraient être à haut risque de trouble concomitant (p. ex. les autochtones sur les réserves, les résidents des territoires et les membres à temps plein des Forces canadiennes) et que les opiacés sur ordonnance n'ont pas été inclus (Khan, 2017 ; Rush et al., 2008). En somme, il faudrait plus d'enquêtes majeures au Canada portant sur le trouble concomitant pour déterminer l'ampleur de la problématique. De plus, il faudrait considérer les sous-populations incluses sous ce terme.

### **1.2.2 L'hétérogénéité des troubles concomitants**

Il faut tout d'abord comprendre que le trouble concomitant regroupe plusieurs vécus différents et que ce terme est utilisé dans le milieu de santé pour désigner une certaine réalité vécue, mais qu'il est impossible de décrire l'expérience de ces personnes de manière univoque. Ainsi, il faut reconnaître que c'est l'hétérogénéité de cette population qui pose problème aux systèmes de soins sociaux et de santé. Ces personnes ont toutes des besoins très divers et il est difficile de les regrouper en un seul groupe avec des besoins similaires (Hendrickson, 2006). Ils ont tous des symptômes psychiatriques différents et différentes forces personnelles. L'interaction entre la consommation de substances et les symptômes psychiatriques a donc un impact unique sur chaque individu. Comme nous avons mentionné précédemment, les troubles concomitants peuvent être caractérisés selon un continuum et les habiletés des personnes peuvent varier énormément. Deux individus ayant le même trouble concomitant peuvent aussi vivre différemment leur condition. Par exemple, prenons deux individus ayant un diagnostic de dépression qui consomment de l'alcool de manière excessive et quotidienne : l'un des individus

peut avoir un emploi et une vie familiale saine tandis que l'autre peut se retrouver en situation d'itinérance, incapable de maintenir des relations significatives et nécessitant du soutien élevé. Certes, les différences individuelles sont valables pour n'importe quel diagnostic, mais il faut noter qu'il est difficile de bien saisir comment chaque personne vit sa réalité, car elle peut être vécue de manière différente.

### **1.2.3 L'organisation des services**

Malgré cette hétérogénéité intrinsèque au sein du trouble concomitant, les professionnels de la santé continuent à chercher une manière de classer ou catégoriser ces personnes en sous-groupes. Bref, l'accent porté sur le diagnostic clinique afin de déterminer le traitement possible est ce qui pousse les professionnels vers cet étiquetage de conditions. Toutefois, l'hétérogénéité de cette population cause plusieurs problèmes quant à l'organisation des services. Les systèmes de santé mentale et de traitement de substances sont généralement mal équipés pour traiter la complexité de cette problématique.

Il y a donc trois modèles de soins pour les personnes ayant un trouble concomitant. Le premier est le modèle séquentiel selon lequel un praticien traite l'une des conditions, soit celle de santé mentale ou de toxicomanie, et lorsque ce problème est sous contrôle, un deuxième praticien va aborder la deuxième condition (Dennison, 2003). Par exemple, une personne ayant un trouble concomitant de trouble bipolaire et de consommation de l'héroïne peut recevoir des soins dans un programme de détoxification et une fois la consommation de substance réglée, elle peut recevoir de l'aide auprès d'un thérapeute en santé mentale. La personne interagit donc avec deux systèmes de soins et deux professionnels de la santé différents, l'un après l'autre. Le traitement en parallèle constitue le deuxième modèle de soins. Selon ce modèle, la personne consulte le

système de soins en santé mentale et en consommation de substances en même temps, mais avec deux différents praticiens ou agences (Santé Canada, 2002). Ainsi, il y a un dédoublement de services. Les programmes intégrés représentent le troisième modèle de soins où une équipe multidisciplinaire va chercher à aborder l'ensemble des problématiques de la personne dans un même temps (Dennison, 2003).

Chacun de ces modèles a ses propres limites. Les professionnels provenant des milieux de la santé mentale et de la toxicomanie ont généralement de différentes philosophies de traitement et ils peuvent proposer différentes approches. Les personnes qui suivent un modèle de traitement séquentiel ou en parallèle vont souvent recevoir des messages conflictuels, ce qui peut réduire la possibilité d'obtenir des résultats positifs (Ridgely, Goldman et Willenbring, 1990). Ceux suivant le modèle séquentiel vont faire face à l'incertitude des professionnels quant à la désignation du diagnostic primaire. En d'autres mots, il doit avoir un choix sur lequel des axes du trouble concomitant vont être abordés en premier (santé mentale ou toxicomanie) (Dennison, 2003). De plus, ce modèle ignore l'interaction entre les deux axes. Pour ceux suivant un modèle parallèle, il va avoir de la confusion quant aux directives à suivre. Par exemple, un professionnel œuvrant dans le milieu de santé mentale peut suggérer des médicaments pour le contrôle des symptômes de détresse psychologique tandis que le professionnel en toxicomanie va promouvoir l'abstinence totale des médicaments.

Généralement, il y a un consensus auprès des professionnels de la santé que cette population a besoin de services spécialisés, intensifs et intégrés, mais en réalité peu de systèmes ont couramment ces services disponibles au sein de leur continuum de soins. Bien qu'il y a une conscientisation publique grandissante quant à la question des troubles concomitants et une certaine motivation systémique à trouver un modèle organisationnel idéal pour le traitement de

cette problématique, les résultats récents d'une étude nationale menée par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) suggèrent que les individus continuent de recevoir des soins divisés qui ciblent soit les symptômes psychiatriques ou le trouble d'utilisation de substances (SAMHSA 2007, 2010).

Cependant, avoir un programme qui cible les deux conditions en même temps a aussi ces défis. Les programmes intégrés nécessitent donc la coopération des milieux de santé mentale et de toxicomanie et la combinaison de deux systèmes qui ont traditionnellement été séparés. De plus, l'application de ce modèle dépend sur des professionnels qui ont une expertise à la fois dans le domaine de toxicomanie et en santé mentale et qui savent comment harmoniser les deux univers de soins (Dennison, 2003). De plus, il faut être vigilant dans la promotion de ce modèle, car il n'a pas été démontré d'être plus efficace. Les professionnels de la santé cherchent donc encore à trouver de meilleures pratiques au sein des systèmes de soins et de santé mentale et en toxicomanie afin de créer une version d'un programme intégré qui serait démontré efficace. En d'autres mots, quels éléments des programmes peut-on combiner de manière cohérente pour aider les personnes ayant un trouble concomitant ?

#### **1.2.4 Le point de vue des professionnels : le trouble concomitant comme objet d'une préoccupation**

La coexistence d'un trouble de santé mentale et de toxicomanie est donc un objet de préoccupation important pour les professionnels de la santé. Ainsi, plusieurs témoignent de la complexité du trouble concomitant et les problèmes accompagnant la gestion de ce phénomène. En termes cliniques, ces deux conditions sont difficiles à gérer et traiter, mais lorsqu'ils sont combinés cela entraîne de hauts niveaux de difficultés sociales et psychologiques (Gafoor et

Rassool, 1998 ; Holland, 1998). Plus précisément, les personnes ayant un trouble concomitant sont souvent non adhérentes quant à la prise de médicaments (Owen, Fischer, Booth et Cuffel, 1996) ; ils ont plusieurs rechutes et admissions à l'hôpital (Maynard et Cox, 1998 ; Mueser, Bellack et Blanchard 1992) ; ils ont plusieurs contacts avec le système de justice pénale (Clark, Ricketts et McHugo, 1999), un haut taux de suicide (Drake et Wallach, 1989) ; sans-abri (Drake, Osher et Wallach, 1991) ; potentiellement agressifs et violents (Soyka, 2000 ; Swanson, Holzer et Ganju, 1990).

Des obstacles au niveau sociétal se présentent aussi comme objet de préoccupation pour les professionnels. Ainsi, ils influencent les décisions ou philosophies que peuvent adopter les professionnels. Notamment, il y a un débat entre les modèles d'abstinence et les modèles de réduction des méfaits. Phillips et Labrow (2000) affirment que la préférence de traitement auprès des services de santé mentale est la promotion de l'abstinence de drogues, à l'exclusion des approches plus pragmatiques de réduction des méfaits. Alors, même si l'abstinence peut être considérée comme le modèle de traitement préférable, il est reconnu que des conflits peuvent survenir lorsqu'on utilise cette approche et que cette pratique n'est pas toujours appropriée pour les personnes présentant une comorbidité (Carey, Purnine, Maisto, Carey et Simons, 2000, Phillips et Labrow 2000). Inversement, alors qu'il y a certains avantages à la réduction des méfaits (accepter la continuation de la consommation de substance, mais réduire les risques possibles), les problèmes politiques et structurels (ex. caractère illégal des drogues illicites) de cette approche restent non résolus (Saunders et Marsh 1999). Dans ce même sens, même s'il y a une reconnaissance auprès de certains professionnels que la consommation de substances peut entraîner de nombreuses conséquences néfastes pour la personne, les professionnels divergent quant à l'idée que cette activité peut également être utilisée afin de donner un sens à la vie,

améliorer les symptômes psychiatriques et atténuer les effets secondaires des médicaments psychotropes (Adams, 2008). Ainsi, les mesures visant à limiter l'utilisation de substances doivent être combinées à des interventions qui offrent aux personnes des stratégies alternatives qui peuvent déclencher les mêmes effets positifs.

Pour continuer, un autre objet de préoccupation est que les professionnels se sentent mal équipés pour travailler avec les personnes ayant un trouble concomitant et peuvent tenir des idées stéréotypées à leur sujet. Par exemple, une étude de Ryrie et McGowan (1998) a démontré que les lacunes dans les connaissances et les compétences du personnel infirmier étudié suggèrent qu'ils ne sont actuellement pas équipés pour répondre aux besoins des personnes ayant un trouble concomitant. À ce sujet, il est important de répondre à ces préoccupations de formations et de stéréotypes négatifs, car la qualité de la relation entre l'utilisateur de service et le thérapeute a été démontrée être une facette critique au succès du traitement en santé mentale (Hewitt et Coffey, 2005) et en toxicomanie (Grafham, Matheson et Bond, 2004). Justement, quand Todd, Douglas, Sellman et Robertson (2002) ont étudié ce constat auprès des usagers de services ayant un trouble concomitant, ils ont trouvé que l'attitude de jugement provenant de cliniciens a été démontrée comme un obstacle important à l'optimisation du traitement. De même, l'antipathie envers certains modèles de traitement et le refus de personnes ayant des problèmes de toxicomanie au sein des services de santé mentale ont également été ciblés comme des obstacles. L'examen de la perception des professionnels de la santé envers les personnes qui consomment des drogues illicites a donc démontré que de nombreux professionnels ont des attitudes négatives et stéréotypées envers les gens qui abusent des substances, et que de telles opinions préjudiciables empêchent les professionnels à prodiguer des soins efficaces et humains (McLaughlin et Long 1996). Ces attitudes professionnelles négatives proviennent de diverses

sources, y compris un manque de connaissances, de la frustration et un sentiment d'inadéquation dans la gestion des difficultés posées par ce groupe de personnes (Gafoor et Rassool, 1998 ; Thomas, 1995). Elles sont aussi expliquées par la perception que ces personnes sont potentiellement violentes, manipulatrices, mal motivées ou autodestructrices. Cette image de la personne peut donc causer des sentiments de frustration, de ressentiment et l'impuissance chez les professionnels (Doyens et Soar, 2005 ; Ford, 2011 ; McGillion Wanigaratne, Feinmann, Godden et Byrne, 2000). Cependant, plusieurs études ont démontré que les professionnels qui travaillent le plus souvent avec les personnes ayant un trouble concomitant ont une image plus positive de ces derniers. Ainsi, la reconnaissance de cette problématique auprès des professionnels, la communication entre les différentes disciplines, l'augmentation de la formation et le contact plus fréquent avec ces personnes pourraient aider à diminuer les préoccupations des professionnels de santé tout en diminuant les images négatives qu'ils peuvent avoir de ces personnes marginalisées et stéréotypées.

### **1.3 Recension des écrits : comprendre la cause et le traitement du trouble concomitant**

Depuis la fin des années 1980, les chercheurs se sont davantage intéressés aux liens entre la santé mentale et la consommation de substances, constatant la concomitance de ces deux phénomènes, celui-ci représente alors un important défi pour les agences de traitement de santé mentale et de toxicomanie. Nous pouvons donc constater que les défis présents sont la conséquence non seulement de l'étendue de la problématique, mais aussi le reflet du manque de collaboration entre les différents organismes. Compte tenu de cette difficulté, il est pertinent d'explorer les écrits académiques qui ont comme objet le champ des troubles concomitants.

### **1.3.1 Établir un lien entre la santé mentale et la consommation de substances**

Premièrement, plusieurs chercheurs s'inscrivant dans le domaine de santé se sont penchés sur la question du lien entre les conditions de santé mentale et la consommation de substance. Il y a donc eu une émergence de modèles explicatifs tentant d'établir des liens entre les conditions de santé mentale et de consommation de substances. Ceux-ci se divisent en quatre modèles : le *modèle de facteurs communs*, le *modèle d'abus de substances secondaire*, le *modèle de désordre psychiatrique secondaire* et le *modèle bidirectionnel* (Abou-Saleh et Janca, 2004 ; Mueser, Drake et Wallach, 1998).

#### **1.3.1.1 Le modèle de facteurs communs**

Selon le *modèle de facteurs communs*, la comorbidité associée aux conditions de santé mentale et de consommation de substances est le résultat de facteurs de risques ou de vulnérabilités qui sont partagés entre les deux problématiques (Mueser et al., 1998). Ces facteurs peuvent être biologiques, individuels ou sociaux (Gregg, Barrowclough, et Haddock, 2007).

Les publications sur les facteurs de risque communs ont surtout observé l'impact des gènes et de la neuropathologie sur les personnes ayant un trouble concomitant, mais ils n'ont pas réussi à identifier un gène commun. De plus, les preuves neurobiologiques trouvées dans les études se contredisent (Gregg et al., 2007). Par exemple, les multiples recherches qui ont abordé la question (surtout des études familiales) ont déterminé qu'un risque génétique pour une condition de santé mentale comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie n'est pas associé avec un risque accru de consommation de substances chez les autres membres de la famille, ou vice-versa (Bidaut-Russell, Bradford et Smith, 1994 ; Gershon, Hamovit, Guroff, Dibble, Leckman, Sceery et Bunney, 1982 ; Gershon, DeLisi, Hamovit, Nurnberger, Maxwell, Shreiber et Guroff, 1988 ;

Maier, Lichtermann, Mingos, Delmo et Heun, 1995 ; Morrison, 1975 ; Tsuang, Simpson et Kronfol, 1982). Par contre, le *modèle de facteurs communs* a permis de mettre en évidence d'autres recherches qui indiquent qu'il y a un risque de comorbidité accrue pour une condition de santé mentale ou pour la consommation de substances lorsqu'un individu est diagnostiqué d'un trouble de personnalité antisociale ou, son précurseur en enfance, le trouble de conduite (Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg et Anthony, 1997 ; Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et Goodwin, 1990).

Il y a aussi des facteurs autres que l'héritabilité et le trouble de personnalité antisocial qui ont été étudiés. Mueser et al. (1998) mentionnent brièvement dans leur recherche que le statut socioéconomique et le fonctionnement cognitif peuvent avoir un effet sur la vulnérabilité des personnes. Il y a une association générale qui a été établie, entre un statut socioéconomique bas, y compris l'éducation, le revenu et la profession, et des taux plus élevés de consommation de substances (Anthony et Helzer, 1991 ; Hawkins, Catalano et Miller, 1992 ; Helzer, Burnam et McEvoy, 1991). Ainsi, un statut socioéconomique bas pourrait être un facteur commun augmentant le risque pour la schizophrénie et la consommation de substances, mais il faudrait plus de recherche pour établir des corrélations entre le statut socioéconomique et d'autres conditions.

Une altération du fonctionnement cognitif, comme une attention limitée ou une intelligence déficitaire, peut également augmenter le risque à la fois pour la consommation de substance et pour les conditions de santé mentale (Tracy, Josiassen et Bellack, 1995). Cependant, les données sont ambiguës quand cela vient aux déficits cognitifs et leur valeur prédictive du développement ultérieur de trouble de consommation de substances (Berman et Noble, 1993). Semblable au SSE, il semble qu'une altération du fonctionnement cognitif peut contribuer à la consommation

de substances et la schizophrénie de manière indépendante, bien qu'aucun de ces facteurs n'ait été étudié chez les personnes ayant un trouble concomitant (c'est-à-dire en considérant la santé mentale et la toxicomanie ensemble) (Mueser et al., 1998). D'autres facteurs sociaux et environnementaux pouvant potentiellement soutenir ces deux troubles ont également été étudiés, comme le dysfonctionnement familial (Fergusson, Horwood et Lynskey, 1994). Les expériences traumatiques lors de l'enfance ont aussi été étudiées et les publications exposent que les membres de la population générale qui signalent des abus physiques ou sexuels lors de l'enfance sont plus susceptibles d'abuser des substances à l'âge adulte (Kessler, Davis et Kendler, 1997) et que, pour certains, la violence infantile peut également contribuer à la psychose (Briere, Woo, McRae, Foltz et Sitzman, 1997 ; Scheller-Gilkey, Moynes, Cooper, Kant et Miller, 2004).

Bref, il y a plusieurs facteurs qui ont été examinés pour voir s'il y a un lien commun entre développement de problèmes psychiques ou à la consommation de substances. Cependant, les publications démontrent qu'il est improbable qu'un seul facteur de risque contribue uniquement au développement d'une des conditions et que c'est plutôt une combinaison de facteurs qui augmente les probabilités de comorbidité (Gregg et al., 2007). Néanmoins, peu de modèles de facteurs combinés ont été proposés ou étudiés dans la littérature.

### **1.3.1.2 Le modèle d'abus de substances secondaire**

*Le modèle d'abus de substances secondaire* suggère que la maladie mentale grave augmente les chances de développer un trouble de consommation de substances (Mueser et al, 1998). Ce modèle peut être segmenté en deux : le modèle de risques psychosociaux (*automédication et allègement de la dysphorie*) et le modèle de *supersensibilité*.

*Le modèle d'automédication* propose que les individus cherchent à consommer certaines substances spécifiques pour alléger des symptômes spécifiques qui leur sont douloureux (Abou-

Saleh et Janca, 2004 ; Khantzian, 1985, 1997). La supposition principale de ce modèle est que les personnes choisissent de consommer des substances pour leurs effets spécifiques psychopharmacologiques sur l'état de dysphorie. Bien que la recherche indique que les gens sont conscients de leurs réactions psychologiques initiales aux substances et se souviennent de ces réactions comme des attentes (Mueser, Nishith, Tracy, DeGirolamo et Molinaro, 1995), il existe peu de preuves pour la sélection de substances spécifiques afin de régler des états internes (Mueser et al., 1998). Dans plusieurs études, les personnes ayant un trouble concomitant ont tendance à signaler que l'alcool et d'autres substances atténuent l'isolement sociale, l'insomnie, la dépression et divers autres troubles, mais ils signalent rarement que certaines substances atténuent des symptômes spécifiques d'un trouble mental en particulier (Dixon, Haas, Weiden, Sweeney et Frances, 1990, Noordsy, Drake, Teague, Osher, Hurlbut, Beaudett et Paskus, 1991). Les études d'épidémiologie clinique montrent aussi que les personnes affectées ne choisissent pas de consommer une substance en raison de sa spécificité. Au contraire, les personnes atteintes de trouble mental sévère abusent des mêmes substances que les autres dans la société, mais à des taux plus élevés (Cuffel, 1996) et elles abusent de plusieurs substances (Chen, Balogh, Mathija, Howanitz, Plutchik et Conte, 1992). La sélection de substances n'est donc pas directement liée aux symptômes associés au diagnostic (Regier et al., 1990). Une recherche entamée par Mueser, Yarnold et Bellack (1992) a repéré plus précisément que la sélection de substances est liée à la disponibilité et aux forces du marché. Ainsi, il y a peu ou pas de soutien direct à la recherche pour le modèle d'automédication. Cependant, une étude récente par Petterson, Rudd, Ravndal et Landheim (2013) tente de contredire les résultats antécédents en offrant des preuves soutenant ce modèle. Notamment, dans leur étude, ils ont trouvé que des substances spécifiques ont été utilisées pour gérer des symptômes et états émotionnels précis. Néanmoins, ils notent quelques

limites dans leur étude (par exemple, le choix de participants ayant principalement une historique longue de diagnostic de santé mentale sévère et ayant des expériences limitées quant à la consommation de substances considérés plus « dures ») et qu'il faudrait plus de recherche à ce sujet.

*Le soulagement de la dysphorie* est un modèle plus général que celui *d'automédication*. Il suggère que les personnes qui ont un trouble de santé mentale ont plus tendance à vivre de la dysphorie (sentiments négatifs) et donc ils ont tendance à consommer des substances pour alléger ces expériences (Mueser et al, 1998). Les substances sont utilisées pour alléger un état négatif général et pour susciter des sentiments positifs (se sentir mieux). La littérature soutient l'idée que la dysphorie motive la consommation initiale de drogues et d'alcool (Addington et Duchack, 1997 ; Carey et Carey, 1995 ; Pristach et Smith, 1996). Les preuves académiques semblent donc appuyer ce modèle. Par exemple, une revue systématique par Gregg et al. (2007) des perspectives des usagers avec une psychose et une condition de consommation de substance démontrent que ce modèle explicatif semble le mieux décrire les expériences des usagers.

*Le modèle de supersensibilité* postule qu'il y a une vulnérabilité biologique et psychologique associée aux effets de la consommation de substances et que ceci peut expliquer le développement d'un trouble concomitant (Gregg et al., 2007; Moggi, 2005; Mueser et al., 1998; Petterson et al., 2013). Ces vulnérabilités peuvent être influencées par des facteurs génétiques et environnementaux en enfance et peuvent interagir avec les événements stressants de la vie afin de déclencher une maladie mentale (Gregg et al., 2007). Il y a quelques études qui appuient ces résultats : les personnes souffrant de troubles concomitants semblent consommer moins de substances que celles qui ont un diagnostic de toxicomanie primordial (Lehman, Myers, Corty et Thompson, 1994) et des petites quantités de substances semblent inciter des symptômes plus

forts chez les personnes qui ont une maladie mentale sévère (Drake, Osher et Wallach, 1989). De plus, une étude par Drake et Wallack (1993) a démontré que les personnes ayant un trouble mental sévère ne sont pas capables de soutenir une consommation modérée de substances à long terme sans avoir des symptômes négatifs. Les auteurs concluent donc que ce modèle explicatif, avec le modèle de soulagement de la dysphorie, a le plus de preuves pour expliquer le lien entre la santé mentale et la consommation de substances (Mueser et al., 1998).

### **1.3.1.3 Le modèle de désordre psychiatrique secondaire**

*Le modèle de désordre psychiatrique secondaire* est contraire au *modèle de supersensibilité*, avance que la consommation de substances précipite la maladie mentale grave chez les personnes qui autrement ne développeraient pas cette condition (Mueser et al, 1998). Le modèle de désordre psychiatrique secondaire s'appuie sur l'hypothèse que les personnes qui consomment des substances puissent précipiter le développement de maladie mentale ou de désordres psychiatriques. Par exemple, l'usage de drogues peut précipiter la schizophrénie avec un âge plus précoce que chez ceux qui n'ont pas consommé de drogue (Abou-Saleh et Janca, 2004). Cependant, le débat vise en principal les stimulants, les hallucinogènes et le cannabis pour leurs effets psychotiques. Il y a un consensus dans la communauté scientifique que la consommation excessive d'alcool ne déclenche pas des troubles de santé mentale (Bernadt et Murray 1986 ; Freed, 1970, 1975 ; Hambrecht et Häfner, 1996). Exclure l'alcool nuit donc au soutien scientifique de ce modèle étant donné la haute consommation de l'alcool par les personnes ayant un trouble de santé mentale (Mueser et al., 1998).

De manière générale, les études sont partagées quant à l'apparition d'un trouble de santé mentale chez les personnes qui consomment des substances. Certaines études suggèrent que la consommation peut déclencher l'apparition précoce d'un trouble de santé mentale tandis que

d'autres n'ont trouvé aucun effet. Ainsi, il est peu clair que les individus auraient précipité leur condition de santé mentale par l'abus de drogues. En d'autres mots, il n'y a pas de données suffisantes pour affirmer qu'une condition n'aurait pas pu être déclenchée à un âge plus avancé même sans ce déclencheur (Mueser et al., 1998).

#### **1.3.1.4 Le modèle bidirectionnel**

Les modèles bidirectionnels suggèrent qu'il y a des effets interactionnels continus entre les troubles de santé mentale et la consommation de substance qui pourraient expliquer les taux accrus de comorbidité entre les deux conditions (Mueser et al., 1998). Par exemple, la consommation de substances pourrait déclencher les conditions de santé mentale chez un individu biologiquement vulnérable, qui est ensuite maintenu par la consommation en raison de facteurs cognitifs socialement appris, tels que les croyances, les attentes et les motivations pour la consommation de substances (Graham, 1998). Malgré l'appel intuitif des modèles bidirectionnels, et des preuves que la consommation de substance aggrave le cours de la condition de santé mentale (Drake et Brunette, 1998), ces modèles restent largement théoriques et non testés (Gregg et al. 2007). En somme, les auteurs concluent donc que les modèles explicatifs de *supersensibilité* et de *soulagement de la dysphorie* ont le plus de preuves pour expliquer le lien entre la santé mentale et la consommation de substances. Toutefois, il faut plus de recherche sur ce sujet. En même temps, un nombre important de chercheurs ignore l'origine du lien entre les deux conditions en faveur d'une exploration des traitements efficaces possibles pour traiter le trouble concomitant.

### 1.3.2 Traitement

Les chercheurs qui étudient le trouble concomitant analysent également les traitements disponibles pour gérer cette condition. Il y a une préoccupation à déterminer quel genre de traitement serait le plus efficace parce que les personnes ayant des troubles concomitants présentent un parcours de traitement très complexe. L'absence d'un cadre pour comprendre le rétablissement de ces conditions chroniques, complexes et interdépendantes est un obstacle important chez les cliniciens et les utilisateurs de services (Rojas, 2013). De plus, il y a une abondance de recherches qui étudient le traitement de conditions de santé mentale ou de consommation de substances séparément, mais il y en a très peu qui examine les deux en même temps (Tiet et Mausbach, 2007). De plus, les personnes atteintes de troubles concomitants signalent généralement des niveaux nettement plus faibles d'auto-efficacité de l'abstinence que les personnes ayant des troubles liés à la toxicomanie (Majer, Payne et Jason, 2015). En d'autres mots, les personnes ayant un trouble concomitant sortent des programmes avec une probabilité plus haute de rechute que celles qui souffrent seulement de problème de toxicomanie ou de santé mentale.

Les traitements proposés reflètent surtout des interventions biopsychosociales. L'intervention biologique comprend la détoxification et la prévention de rechute soit dans le milieu communautaire ou en milieu hospitalier en soins intensifs (Checinski, 2002). Plusieurs publications avancent donc que les personnes ayant un trouble concomitant peuvent faire recours à des interventions psychopharmacologiques afin d'être capables de gérer leurs symptômes psychiatriques : les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anticonvulsivants et autres peuvent être utilisés pour ceux qui sont trop instables pour le traitement intensif de consommation de substances. Par contre, il faut faire attention avec ce type d'intervention parce que la littérature

sur ce sujet est très limitée. Les interventions psychologiques sont multiples : la thérapie cognitivo-comportementale, les entretiens motivationnels, la thérapie brève, la pleine conscience, la psychoéducation et les livres de croissance personnelle (Baker, Thornton, Hiles, Hides et Lubman, 2012 ; Brewer, Bowen, Smith, Marlatt et Potenza, 2010 ; Checinski, 2002 ; Todd Crump et Miling, 1996). L'intervention sociale regroupe la thérapie de groupe, les groupes d'entraide (ex. : Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes) et les programmes après-soins ou les centres de rétablissement (Checinski, 2002).

Cependant, il faut faire attention lorsque ces traitements sont discutés, car les publications démontrent qu'aucun de ces traitements n'a été identifié comme efficace pour les troubles concomitants. Les études démontrent que les traitements efficaces existants pour réduire les symptômes psychiatriques ou pour réduire l'utilisation de substances ont généralement tendance à fonctionner chez des personnes ayant des troubles concomitants (Tiet et Mausbach, 2007), mais qu'ils ne fonctionnent pas aussi bien étant donné la complexité de la problématique. Notamment, d'autres études sont nécessaires étant donné la diversité de conditions regroupées sous le terme trouble concomitant. L'efficacité des études présentes est aussi réduite, car il y a un nombre limité d'études qui ont été reproduites. Ainsi, la généralisation des études est difficile à établir. De plus, il y a peu d'études qui ont démontré une amélioration significative à la fois de la condition de santé mentale ou de consommation de substances lorsque les conditions tombant sous l'étiquette de trouble concomitant ont été étudiées en même temps. Tiet et Mausbach (2007) ont fait une revue systématique de la littérature sur le traitement des troubles concomitants et ils ont pu déduire que les études futures doivent inclure des tailles d'échantillons suffisantes, maintenir un taux d'achèvement élevé, comprendre des mesures de résultats multiples et à long terme, analyser des mécanismes modérateurs et médiateurs

possibles, réduire le biais en incluant les données des personnes qui se sont retirées de l'étude, différencier les effets du traitement en raison du nombre total de services reçus par les patients, examiner les influences culturelles sur les processus de traitement et les résultats, enquêter sur les facteurs cliniques et programmatiques qui sont liés aux résultats des patients et ils doivent évaluer les meilleures pratiques des programmes existants. Bref, malgré un certain nombre de traitements prometteurs et des interventions qui agissent sur l'une ou l'autre des conditions incluses dans le trouble concomitant, il y a encore un long chemin avant que nous sachions quels traitements sont les plus efficaces pour les personnes ayant un trouble concomitant.

#### **1.4. Cadre théorique : les représentations sociales**

Ainsi, les recherches sur le trouble concomitant tendent à provenir des domaines de santé, tels que la médecine et la psychiatrie, et cherchent à trouver des explications et des traitements pour cette condition. Quoiqu'on puisse comprendre l'importance de ces recherches, la subjectivité de la personne affectée semble parfois évacuée du discours des experts. Or, nous remettons en cause le discours dominant axé sur l'explication corrélationnelle du phénomène et le traitement des personnes. Ainsi, nous jugeons que, quoiqu'importants pour l'avancement du bien-être futur des personnes ayant un trouble concomitant, les sujets abordés semblent unidimensionnels : l'atténuation de symptômes, la recherche de causalité et la gestion du trouble concomitant. En ce sens, il apparaît que la compréhension du phénomène du trouble concomitant est presque uniquement abordée sous cet angle, une vision plus globale étant absente des analyses critiques. Bref, souhaitant comprendre le tout dans sa complexité, ceci requérant nécessairement l'exploration d'un discours autre que celui mentionné, nous nous distançons des cadres d'analyse biomédicaux et psychosociaux popularisés dans les recherches sur le sujet. Nous proposons donc

une compréhension du trouble concomitant qui est caractérisée davantage par les écrits en sciences sociales et qui est ancrée dans le cadre théorique des représentations sociales.

#### **1.4.1 La théorie des représentations sociales : définition et concepts de base**

La théorie des représentations sociales est souvent interprétée par les chercheurs comme « l'étude de la pensée naïve, du sens commun » (Abric, 2011, p. 15). C'est une théorie majeure qui trouve ses racines en psychologie sociale, mais qui a été adoptée par plusieurs disciplines en sciences sociales. Elle a été introduite par Serge Moscovici pour rendre compte de la façon dont les individus se représentent un objet de la réalité qui les entoure. Moscovici a développé cette théorie pour mettre en valeur le caractère social et dynamique de la création de connaissances. Ainsi, les représentations sociales sont polysémiques : ils peuvent avoir plusieurs sens et différentes structures (Moscovici, 1989). Plus précisément, les représentations sociales peuvent être définies comme le matériel cognitif et social créé, organisé et partagé par un groupe afin de lui permettre de se situer « et de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques » (Mannoni, 2012, p. 4). Rateau et Monaco rajoutent que les représentations sociales peuvent être définies comme étant « des "systèmes d'opinions, de connaissances et de croyances" propres à une culture, une catégorie ou un groupe social et relatifs à des objets de l'environnement social » (2013, p.3). En d'autres mots, une représentation sociale est une manière de se situer dans le monde externe et permet une conceptualisation d'un phénomène par un groupe de personnes. Moscovici propose ainsi que la représentation sociale est importante parce que notre perception de la réalité est déterminée et influencée par les relations que nous pouvons entretenir avec autrui (Moscovici, 1984).

Les représentations sont utilisées par les personnes dans leur environnement social et physique pour comprendre comment agir, mais aussi pour savoir quelles attitudes à adopter face à un phénomène quelconque. Cet aspect des représentations sociales est important parce que, comme l'indique Seca (2005), l'invasion continue de nouveaux matériaux médiatiques et scientifiques, invite les individus à se positionner par rapport aux cadres de référence pouvant influencer leurs conduites et leurs prises de position. Ainsi, les ambivalences et les divergences dans les messages en circulation dans la société peuvent inviter la population à remettre en question sa représentation. Dans le cas du trouble concomitant, nous croyons que notre recherche pourrait potentiellement permettre une remise en question de la représentation sociale de cette condition et influencer la reconnaissance et l'approche d'autrui (professionnels, gérants de programmes et société).

En outre, la façon dont une personne se représente un objet est influencée par ses expériences personnelles, ses antécédents, sa formation et les contacts que la personne a eus précédemment avec l'objet en question (Abric, 1994). Puisque la représentation a comme principale fonction de guider l'action (Jodelet, 1989), la façon dont les intervenants sociaux se représentent les clientèles à risque est susceptible d'influencer leurs interventions. Ainsi, cette étude vise analyser les représentations sociales qu'ont les personnes ayant un trouble concomitant et de voir de quelle manière le discours des personnes est influencé par leurs vécus, mais aussi par les opinions, attitudes, croyances et stéréotypes d'autrui. Tout cela, dans une vision qui influencerait potentiellement les intervenants et les approches qu'ils privilégient. Nous espérons donc donner une voix aux personnes ayant un trouble concomitant afin d'influencer le discours dominant et stéréotypé existant.

## **1.4.2 La représentation sociale du trouble concomitant**

Par la suite, nous souhaitons présenter les recherches sur les représentations sociales de la santé mentale et la toxicomanie qui ont déjà été entamées. Ainsi, il faut commencer en se rappelant que le trouble concomitant, étant donné la définition de ce terme institutionnel, peut se diviser potentiellement en deux objets de représentation : la santé mentale et la toxicomanie. Nous allons donc présenter les représentations sociales existantes de ces deux objets pour ensuite procéder avec une analyse potentielle de la représentation du trouble concomitant comme objet distinct et non comme représentation partagée. Cependant, il est important de noter que, même si les études sur les représentations sociales provenant de la perspective des milieux publics et professionnels se sont multipliées (de Rosa 1987, Jodelet 1991, Morant 1998), il y a moins d'interrogations sur les représentations sociales provenant de personnes ayant des problèmes de santé mentale eux-mêmes (Foster, 2003). Comme l'explique Rogers, Pilgrim et Lacey (1993), cette absence découle peut-être de l'idée selon laquelle les personnes diagnostiquées avec des problèmes de santé mentale ne comprennent pas leurs conditions et sont donc incapables d'une pensée conceptuelle cohérente ou introspection concernant ces problèmes. Nous allons donc dresser un portrait bref et général des représentations sociales portant sur les conditions de santé mentale, la toxicomanie et le trouble concomitant selon les perspectives du public général, des professionnels et les recherches disponibles sur la perspective des personnes vivant avec ces conditions.

### **1.4.2.1 La représentation sociale de la santé mentale**

Les études portant sur la représentation sociale de la santé mentale ont établi que le grand public perçoit les personnes ayant une de ces conditions comme possédant des traits indésirables (Corrigan, 2005, Crisp, Gelder, Rix, Meltzer et Rowlands, 2000, Fink et Tasman, 1992, Rabkin,

1972). Ces personnes sont considérées comme dangereuses et imprévisibles (Corrigan, 2005; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve et Pescosolido, 1999) et elles sont aussi sujettes à plus de discrimination dans les emplois, l'éducation, le logement et d'autres activités (Corrigan, 1998, Farina et Felner, 1973, Page, 1977, Thornicroft, 2006, Thornicroft et al., 2009, Wahl, 1999a, b). D'autres recherches italiennes utilisant des tâches d'association de mots (Serino, 1987) suggèrent aussi que les gens représentent les troubles de santé mentale comme un phénomène anormal et ils vont définir ces conditions en termes généralement négatifs associées à la déviance sociale, la stigmatisation et le danger. Ceci contraste avec la maladie physique qui est associée à la souffrance et à la normalité (surtout défini en termes positifs associés à l'intégrité personnelle et à l'acceptabilité sociale). Il ressort de cette recherche sur les représentations que la maladie mentale est un phénomène qui est considéré négativement, avec peur et suspicion. Elle est associée à l'anomalie, le danger et la différence, conduisant les individus et les groupes à rejeter, exclure et se séparer des individus ayant une condition de santé mentale (Morant, 1995).

Suivant la même tangente, nous pouvons aussi parler des représentations négatives de la santé mentale telle que véhiculée dans les médias. Celles-ci sont souvent associées à l'incapacité, l'incurabilité, le danger et le risque (Goulden, Corker, Evans-Lacko, Rose, Thornicroft, et Henderson, 2011; Thornicroft, Goulden, Shefer, Rhydderch, Rose, Williams, Thornicroft et Henderson, 2013). La présence de thèmes négatifs dans les journaux est donc très répandue. Par exemple, Corrigan, Watson, Gracia, Slopen, Rasinski et Hall (2005) ont analysé 3 353 articles dans les principaux journaux américains en 2002 et malgré la conclusion que la plupart des nouvelles sur la santé mentale fussent neutres ou positives, les thèmes tels que le danger et la violence étaient toujours les plus fréquents (39 %).

Malgré le nombre limité des études portant sur la représentation sociale de la santé mentale en général, il y a quelques études qui ont examiné la représentation sociale de la dépression chez les gens vivant cette expérience que nous souhaitons présenter. Ainsi, dans une étude de Rivest et al. (2018) portant sur la représentation sociale de la dépression, les participants ont vécu la dépression comme une période de leur vie marquée par l'obscurité, le désintérêt, le désespoir et l'isolement. Les participants se sont sentis paralysés, « bloqués dans le moment » et incapables d'agir. Dans un autre article, Negura, Moreau et Boutin (2014) ont trouvé que la dimension sociale a une place importante dans la représentation sociale de la dépression chez les jeunes ayant des symptômes dépressifs. Ils expliquent que les jeunes ressentent un fort jugement social et qu'ils évitent d'être catégorisés sous l'étiquetage social de dépressif en s'assurant de ne pas afficher leurs symptômes en public. De même, ils ont rapporté le désespoir comme élément représentationnel important. Finalement, un autre article où « l'identité dépressive » était associée au stigma de la « folie » (Lévesque et al., 2018).

#### **1.4.2.2 La représentation sociale de la toxicomanie**

Quant à la représentation de la toxicomanie, nous présentons quelques études qui permettent d'illustrer la complexité de cette réalité. Echabe, Guede Guillen et Garate (1992) ont étudié la représentation sociale de la toxicomanie chez 80 non-usagers et 47 consommateurs de drogues en Espagne. Leurs résultats ont démontré qu'il y a différentes représentations possibles selon le niveau de contact des participants avec des consommateurs de drogues. Ils ont pu déduire trois représentations générales de la toxicomanie. La première attribue les difficultés associées à la consommation de drogues aux relations familiales et, dans une certaine mesure, aux faillites scolaires. Le sentiment ressenti envers les personnes consommatrices de drogues est de la honte. Cette représentation provient surtout des personnes ayant peu de contact avec les personnes qui

consomment des drogues, soit personnellement ou dans leur cercle social. La deuxième représentation attribue la cause principale de la dépendance aux difficultés reliées à se trouver un emploi et à être sans-emploi. Ils soulignent aussi l'impact de la crise économique, de la discrimination sociale et d'une personnalité immature. Selon cette représentation, les consommateurs de drogues sont surtout de jeunes délinquants et peuvent être hommes ou femmes. Les gens rapportent que les toxicomanes sont vus comme immatures et arrogants. Les sentiments rapportés envers les personnes caractérisées comme toxicomanes sont de la colère et de la tristesse. La troisième représentation est surtout centrée autour de l'ambivalence. Cette représentation provient surtout des gens qui ont eu un minimum de contact personnel ou social avec la dépendance. Elle considère que toutes les personnes sont susceptibles à développer un rapport problématique aux substances. Les sentiments associés aux consommateurs sont : la joie et l'espoir, mais aussi le dégoût, le mépris, la surprise, la frustration et la peur. Tout d'abord, ces personnes représentent la consommation des drogues comme une « maladie » ou un « poison », mais certains vont préciser que la drogue peut aussi permettre un contact avec le spirituel (ex. « la drogue m'a permis un contact avec Dieu »).

Negura et Maranda (2004) ont étudié les représentations sociales des gestionnaires d'entreprise quant à l'intégration socioprofessionnelle des personnes toxicomanes dans le milieu de travail. Ils ont déterminé deux principes organisateurs des représentations concernant la toxicomanie : selon le problème de la toxicomanie et selon la source de la toxicomanie. Ainsi, selon le premier principe, le problème de la toxicomanie (dont l'alcoolisme) est vu comme un problème social ou comme un problème (souffrance) personnel. Le deuxième principe organisationnel de la représentation sociale de la toxicomanie attribue la source du problème à l'individu ou à la société. Il y a donc une tension importante entre une vision où l'individu est responsable pour

son état et celle que la cause de la toxicomanie est externe à l'individu, car le milieu familial, social ou de travail contribuent aussi à son développement.

Suissa et Bélanger (2001) a étudié la représentation du phénomène de dépendance chez des intervenants sociaux dans le domaine de toxicomanie de Québec. Cette étude a permis d'établir que la plupart des intervenants ne considèrent pas la dépendance comme une maladie et que la plupart d'entre eux pensent que définir le phénomène de cette manière augmente la stigmatisation. Ils ont aussi déterminé que « la majorité des intervenants (8 sur 10) souscrivent à l'idée selon laquelle la dépendance est une réaction à une souffrance intérieure et devient un recours pour sauvegarder son équilibre physique et mental (...) » (p. 136). La plupart des intervenants expriment donc que les facteurs explicatifs de la dépendance sont la souffrance et la perte de contrôle. D'autres parlent plutôt de la dépendance comme un cycle qui permet une façon de se valoriser et de se donner du pouvoir ou de combler un manque affectif. Ce qui nous paraît un peu surprenant de cette étude est que : « 90 % des intervenants considèrent le phénomène des dépendances principalement comme un problème qui trouve son origine dans l'individu (souffrance intérieure, troubles du comportement, faible estime de soi, manque affectif, perte de contrôle, etc.) » (p.136). La plupart des intervenants dans cette étude (contrairement aux autres études et représentations présentées) ne considèrent pas que la source du problème est expliquée par des causes sociales ou collectives (ex. : milieu familial, crise économique, scolarité, influence des pairs, réseau social). Ceci démontre donc que les intervenants caractérisent surtout la dépendance comme une faillite individuelle.

#### **1.4.2.3 La représentation sociale du trouble concomitant : objet distinct?**

L'objectif principal de ce mémoire est d'étudier la représentation sociale du trouble concomitant de la perspective des personnes ayant ce diagnostic. Ceci est un sujet qui, à nos connaissances,

n'a pas été exploré directement sous le cadre théorique des représentations sociales et dans la perspective des usagers. La complexité du trouble concomitant et son historique institutionnel nous amènent donc à questionner sa représentation sociale. Cela nous amène à poser la question suivante : est-ce que la représentation sociale du trouble concomitant résulte d'un croisement des représentations de toxicomanie et de santé mentale ? Ou, est-ce que c'est une représentation distincte ?

Nous espérons répondre à cette question par notre enquête empirique, mais avant il faut explorer des recherches qui étudient des domaines proches de la représentation sociale afin d'avoir un aperçu des résultats possibles. Ainsi, des recherches examinant l'expérience, les croyances, les attitudes, les opinions ou la culture des personnes ayant un trouble concomitant peuvent nous permettre quelques pistes de résultats possibles.

Une recherche récente effectuée par Brekke, Lien, Davidson et Bions (2017), a cherché à mieux comprendre comment les personnes ayant une expérience de maladie mentale sévère et un trouble concomitant de désordre de consommation de substances perçoivent le rôle de l'alcool et des autres drogues en lien avec leur santé et leur vie. Ainsi, il ont effectué des entretiens semi-dirigés avec huit personnes et ont ensuite fait une analyse thématique du discours des participants. Les résultats démontrent que la consommation d'alcool et de drogues a influencé les expériences de santé des individus et leur situation de la vie d'une manière positive et négative. Trois thèmes et 12 sous-thèmes sont ressortis dans l'analyse. Les participants expliquaient donc que la consommation de substances avait un sens pour leurs : « expérience d'eux-mêmes » (bien-être et inconfort, énergie et manque d'énergie, sens et désorientation, identité et changement de personnalité), leurs « expériences de relations » (affiliation et aliénation) ; et leurs « expériences de santé mentale » (diminution et augmentation des symptômes). Ainsi, il est intéressant de noter

la nature contradictoire (positive et négative) de l'utilisation de substances chez les personnes ayant une condition de santé mentale concomitante. Cela démontre que ces substances permettent de répondre aux besoins psychosociaux et biologiques des personnes. Du point de vue des individus, leur mauvaise utilisation est apparue comme un effort raisonnable, mais malavisé, pour obtenir le contrôle de sa santé et de sa situation de vie. Nous pouvons donc nous demander si notre étude sur la représentation sociale du trouble concomitant dégagerait des constats similaires même si l'objet d'étude ne se pose pas directement sur le rôle des drogues pour ces personnes.

## **1.5 Question de recherche**

L'intérêt que nous manifestons pour ce phénomène et ce cadre théorique est que, à notre connaissance, les perspectives des usagers ayant un trouble concomitant sont rarement abordées dans une vision coopérative. De plus, Chorlton et Smith (2016) rapportent qu'il y a un manque d'études sur le stigma de soi et le stigma public en lien avec l'utilisation de services. Nous voulons donc comprendre de manière empirique comment cela s'articule. De plus, nous voulons offrir un discours alternatif du trouble concomitant, car la réponse des institutions à cette problématique semble être qu'il faut trouver des meilleures pratiques afin d'organiser les services et continuer à chercher pour des traitements efficaces. Or, ces recherches contribuent encore plus à la médicalisation de l'individu. À notre avis, les chercheurs ne peuvent pas continuer à ignorer l'hétérogénéité des troubles concomitants et essayer de catégoriser ces individus en sous-groupes et leur attribuer de multiples étiquettes. Cette perspective, centrée sur l'individu, néglige que l'individu est aussi influencé par la collectivité et qu'il n'est jamais seul, coupé de son environnement social.

Il est donc essentiel de reconnaître que les personnes ayant un trouble concomitant ont « survécu » des systèmes de traitement et de mortification. En d'autres mots, dans la plupart des cas, ils ont subi des processus de dévaluation, de médicalisation et d'exclusion. Il faut reconnaître que le langage médical utilisé dans ce domaine réduit l'expérience des personnes à des problèmes physiques. Les professionnels en travail social doivent croire dans le pouvoir des personnes et leurs habiletés de survie. Ainsi, nous utilisons l'approche de représentations sociales comme un instrument clé pour rejoindre cette population et pour présenter leurs expériences. Nous voulons savoir plus précisément, comment ils vivent, quels sont leurs obstacles principaux, comment est-ce qu'ils perçoivent leur condition, quand et comment est-ce qu'ils veulent recevoir de l'aide ou de l'appui ?

Notre question de recherche s'énonce donc ainsi : *quelle est la représentations sociale du trouble concomitant de personnes ayant reçu ce diagnostic?* Plus précisément, les objectifs de cette recherche sont : appréhender comment la condition de santé mentale, la consommation de substances, le trouble concomitant et l'utilisation de services sont compris par les personnes ayant un trouble concomitant. L'idée générale sous-tendue de cette recherche est de dégager un discours alternatif, non réducteur, qui se fixe davantage sur une acceptation et une valorisation de l'expérience vécue de l'individu.

## **CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Ce chapitre explorera les aspects méthodologiques de cette recherche, tout en démontrant sa pertinence pour l'obtention des données nécessaires à répondre à notre question de recherche : *Quelle est la représentation sociale du trouble concomitant de personnes qui ont reçu ce diagnostic ?* Pour ce faire, nous présenterons notre choix de procéder avec une approche qualitative par l'entremise d'entretiens semi-directifs. Ensuite, nous présenterons la population à l'étude, la méthode d'échantillonnage et la méthode de recrutement. Nous allons ensuite présenter la méthode de la collecte des données ainsi que la méthode de traitement et d'analyse des données. Nous terminerons ensuite en examinant les considérations éthiques et les limites de notre recherche.

### **2.1 Approche et type de recherche privilégiés**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons décidé d'utiliser une méthode qualitative. Nous adoptons ce type de méthodologie parce que notre recherche cherche à examiner l'expérience subjective de personnes ayant un trouble concomitant et d'accéder à leurs représentations sociales. Coenen et al. (2012) précisent que « qualitative methods allow individuals to respond in their own words to express their personal categorizations and perceived associations » (p.359). Nous croyons donc que la méthode qualitative nous permettrait de comprendre le vécu de la personne en détail et d'inclure le contexte social dans l'analyse afin d'accéder aux représentations sociales des participants. Ainsi, comme le constate Gill (2011, p. 307) : « Qualitative research emphasises the social context and highlights the power of the social that is too often neglected when we narrowly focus on individual behaviour and conduct experiments and interventions that strive to eliminate the context ». Ceci était important dans

notre choix de méthodologie, car cela nous a permis d'aborder une perspective plus large du trouble concomitant ainsi que de nous distancier des théories comportementales associées à l'individu.

Nous avons aussi fait ce choix méthodologique puisque la méthodologie qualitative est idéale pour l'exploration de thématiques délicates ou pour des thématiques qui nécessitent une exploration en profondeur (Gill, Stewart, Treasure et Chadwick, 2008). La recherche qualitative nous aide donc à élargir notre vision pour aller au-delà des dualismes et reconnaître de multiples vérités et de multiples chemins. Elle est idéale pour examiner les situations complexes qui abordent l'interaction de personnes ou l'interaction entre la personne et son environnement (Shelton et Smith, 2015). Les méthodes qualitatives peuvent fournir une compréhension plus profonde et enrichir cette information avec des récits — histoires. Les histoires peuvent être beaucoup plus convaincantes que les données numériques pour tous les types de publics, et en particulier pour les décideurs (Gill, 2011). Elle cherche donc, comme l'expliquent Denzin et Lincoln (2008), à comprendre les personnes dans leur contexte social et à lutter contre les inégalités afin d'encourager la justice sociale.

## **2.2 Population à l'étude et méthode d'échantillonnage**

La population à l'étude de ce mémoire fait référence aux personnes ayant les caractéristiques d'un trouble concomitant. Les participants devaient répondre à trois critères de sélection afin de faire partie de notre étude : 1) être âgé de 18 ans et plus, 2) avoir vécu ou vivre actuellement une expérience de consommation de substances psychoactives depuis au moins un an et 3) avoir vécu ou vivre avec une condition de santé mentale depuis au moins un an. Or, reconnaissant l'hétérogénéité des troubles concomitants, nous avons choisi de restreindre nos critères de

sélection le moins possible afin de permettre une variabilité de caractéristiques différentes au sein des personnes participantes. De plus, le caractère problématique de la consommation de substances et de la condition de santé mentale a été évalué sur la base de la perception des participants, et non sur un diagnostic. Nous avons choisi de procéder de cette manière, car le caractère stigmatisant du trouble concomitant peut empêcher certaines personnes de chercher de l'aide et de recevoir un diagnostic approprié à leur situation.

Nous avons décidé de recruter cinq participants. Le nombre de participants prévus était justifié en raison de la nature exploratoire de notre recherche et le temps restreint pour accomplir notre étude. Ceci dit, ce mémoire était de nature exploratoire du fait que les entretiens et l'analyse des données visaient l'exploration d'un phénomène de manière préliminaire et non pas son explication ou la vérification d'une théorie. Le processus de sélection s'effectua selon un système de premier arrivé, premier traité jusqu'à ce que nous avons recruté cinq personnes. L'annonce de recrutement mentionnait explicitement ces critères de sélection afin de ne pas causer aucun préjudice (Annexe E ou F).

### **2.3 Méthode de recrutement**

Afin de recruter nos participants, nous avons sollicité, en personne et à l'aide d'affiches, la collaboration de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), chapitre d'Ottawa. Ces derniers étaient en mesure d'afficher notre message de recrutement sur leurs espaces de promotion d'activités ou d'organismes connexes. Ils avaient aussi une équipe d'intervenants qui pratiquaient directement auprès de personnes ayant un trouble concomitant qui ont pu cibler des participants pour nous. Ainsi, pour accomplir cette recherche, nous avons contacté la responsable de la recherche de l'ACSM par courriel et en personne. Nous l'avons informé de notre nom

complet, notre discipline et l'objet de notre demande (afficher notre recherche dans les espaces publics et recrutement à partir d'intervenants) et nous l'avons invité à poser des questions sur notre projet de recherche. Par la suite, l'ACSM a accepté notre demande et nous leur avons envoyé un message de recrutement bilingue ainsi qu'une description brève de notre étude. L'annonce de recrutement a été partagée aux intervenants de l'ACSM, afin qu'ils puissent discuter de la recherche avec leurs clients ou dans les groupes dédiés aux personnes ayant un trouble concomitant. Ils ont pu distribuer des copies de l'annonce de recrutement et les participants avaient l'opportunité de nous contacter volontairement (ou de discuter avec leur intervenant, s'ils le préféraient) afin de participer à notre étude. Nous avons également informé les intervenants aidant de notre processus de recrutement. Les intervenants ont expliqué notre recherche aux personnes ayant un trouble concomitant qui répondaient aux critères de sélection. Les personnes qui souhaitaient participer à notre étude avaient accès, dans l'annonce de recrutement, au nom de la chercheuse principale ainsi que son adresse courriel uottawa.ca. Suivant la réception d'un courriel ou un appel au sujet de l'étude, nous avons communiqué avec la personne participante ou auprès de l'intervenant afin d'établir soit un premier contact téléphonique ou en personne, pour explorer leur admissibilité à notre étude selon nos critères d'inclusion. À cet égard, nous avons suivi le processus d'une pré-entrevue proposée par Mayer et Saint-Jacques (2000). Nous avons décrit brièvement l'objet à l'étude, ses objectifs et la collaboration demandée. Ensuite, nous avons réitéré l'importance de protéger l'anonymat du participant et nous avons argumenté l'importance de sa participation à notre étude et les bénéfices associés. La personne a été informée que l'entretien sera enregistré, analysé et que seul la chercheuse principale et son directeur y auront accès. Finalement, nous avons informé clairement la personne de son droit de ne pas participer à notre étude ou de pouvoir se retirer à

tout moment sans conséquences néfastes et que si nécessaire, nous détruirons les données relatives à son sujet. Lorsque les personnes satisfaisaient aux trois critères d'inclusion, nous les retenions pour participer à l'étude. Nous avons demandé leur consentement avant de procéder à l'étape de la collecte des données.

## 2.4 Collecte des données

Si la personne manifestait son intérêt de participer à notre recherche, nous fixions un rendez-vous. Afin de recueillir nos données, nous avons effectué des entretiens semi-directifs. L'étudiante-chercheuse a répondu aux questionnements et/ou inquiétudes qu'avait le volontaire. Ensuite, le participant remettait son formulaire de consentement (Annexe A ou B) qu'il avait à lire et signer, avant le début de l'entretien. Le participant signalait également une copie conforme du consentement qu'il gardait avec lui en guise de copie. De plus, afin de pouvoir évaluer la représentativité de l'échantillon, un bref questionnaire qui permettait de recueillir des informations d'ordre socio-économiques au sujet des participants (Annexe G ou F) a été rempli oralement, en face à face, ou par écrit au début de l'entretien. Le tableau 1 contient l'ensemble des données sociodémographiques de nos participants.

**Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants**

<b>Participant</b>	<b>Maxime</b>	<b>Simon</b>	<b>Kim</b>	<b>Zoé</b>	<b>Luc</b>
<b>Âge</b>	23	36	22	23	54
<b>Sexe</b>	H	H	F	F	H
<b>Langue maternelle</b>	Anglais	Anglais	Anglais	Anglais	Anglais
<b>Lieu de naissance</b>	N/A	Toronto	Montréal	Ottawa	Hamilton
<b>État matrimonial</b>	Célibataire	Célibataire	En couple	Célibataire	Célibataire
<b>Minorité visible</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Type de</b>	Maison de	Locataire	Locataire	Locataire	Locataire

<b>logement</b>	transition				
<b>Profession</b>	Sans-emploi	Sans-emploi	Étudiante	Sans-emploi	Retraite
<b>Programme d'aide sociale</b>	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)
<b>Santé mentale</b>	Anxiété, Dépression, Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	Bipolaire Type 2, Trouble d'anxiété généralisé (TAG)	Trouble de stress post-traumatique (SSPT), Trouble de la personnalité limitée (TPL), insomnie, dépression, anxiété	Trouble de la personnalité limitée (TPL)	Bipolaire Type 2; Trouble de stress post-traumatique (SSPT)
<b>Toxicomanie</b>	Cannabis, tabac	Cannabis	Cannabis, tabac	Cannabis	Cannabis
	Dans le passé : méthamphétamine (speed), cocaïne, ecstasy			Dans le passé : crack, héroïne, morphine, méthamphétamine (speed)	Dans le passé : alcool, cocaïne, LSD, champignons

L'entretien, par ses spécificités, s'avère particulièrement pertinent pour les recherches concernant les représentations et les pratiques sociales (Demony, 2016). Cette technique est appropriée pour les études cherchant à mettre en évidence les représentations des enquêtés, la description des pratiques sociales, le mode de pensées des enquêtés et la description des pratiques (Blanchet et Gotnam, 2007). La taille de notre échantillon visait la saturation des données autant au niveau du contenu des réponses qu'au niveau des thèmes (Morse, 2004, 2015). Nos entretiens ont été réalisés dans la région d'Ottawa en Ontario. La durée des entretiens était d'environ quarante-cinq minutes à une heure et demie, selon le besoin, et était enregistrée par

bande audio. Les participants ont choisi où se déroulait l'entretien. Tous les participants ont choisi de se rencontrer dans un local à l'Association canadienne pour la santé mentale.

Notre guide d'entretien semi-dirigé était structuré de manière à dégager les éléments représentationnels principaux de notre objet d'étude (les troubles concomitants). Le guide a compris quatre thèmes principaux touchant : 1) la signification de la consommation de substances, 2) la signification des conditions de santé mentale, 3) la signification du trouble concomitant et 4) l'utilisation de services (voir Annexe H ou I). Chaque thème a inclus entre trois et neuf sous-questions afin de dégager les représentations sociales des participants. Ainsi, nous avons surtout examiné les opinions, attitudes, connaissances et stéréotypes des participants, selon le besoin. Cependant, nous avons choisi de garder la formule de l'entretien flexible, car cela permet aux participants de partager les expériences qu'ils jugent importantes en dehors de ces thèmes principaux. Comme l'ont indiqué Drake, Osher et Bartels (1996), le nom institutionnel de « trouble concomitant », est à son origine un terme médical simple réduisant la complexité de ce phénomène afin de rendre possibles la reconnaissance et le traitement de ce dernier. Ainsi, nous avons voulu ne pas être trop stricts sur les thèmes abordés, car nous croyons qu'il était important de faire ressortir les multiples expériences contenues sous cette étiquette.

## **2.5 Traitement et analyse des données**

Nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu des entretiens des répondants. Nous avons choisi ce type d'analyse parce que « l'analyse de contenu est une méthode riche et élaborée qui peut témoigner de la complexité d'une réalité nuancée et subtile qu'est la représentation sociale » (Negura, 2006, paragraphe 48). Ainsi, les données provenaient des entretiens avec les participants. L'objectif était d'identifier la signification du message présent dans le matériel brut

et donc le contenu manifeste a été étudié. Nous avons procédé avec la classification des unités de contenu dans des catégories thématiques. Comme l'indique Leray (2008), nous avons appliqué deux règles majeures afin de déterminer où débute et finit l'unité d'analyse :

« Règle 1 : Une unité débute avec le repérage d'un thème ou d'un sujet se rapportant à l'objet d'une recherche.

Règle 2 : Une unité se termine lorsque l'un des éléments de sa codification change, que ce soit le thème, le dossier, l'intervenant, l'orientation, etc. En somme, dès que le code d'une variable de l'unité change, il en naît une nouvelle. » (p.56)

Cette étape a été achevée après une première lecture de l'ensemble des entretiens et la prise de notes des aspects importants. La relecture des textes a compris l'identification de sections contenant les objets de représentation suivants : la consommation de substance, la santé mentale (ou condition de santé mentale), le trouble concomitant et l'utilisation des services. Ensuite, les énoncés ont été codés et regroupés selon les thématiques similaires qui sont ressorties. La catégorisation s'est faite selon un modèle ouvert et inductif. En d'autres mots, même si nous avons cherché quelques objets de représentation, aucune catégorie ou sous-catégorie n'a été préalablement identifiée et elles ont été construites selon les résultats obtenus. La thématisation a été aussi faite de manière continue. Les thèmes ont été « identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents, etc. (...) » (Mucchielli et Paillé, 2012, p. 237). Cependant, nous avons essayé de dégager les opinions, les croyances, les attitudes et les stéréotypes des phénomènes pour les lier avec notre cadre théorique. Nous avons choisi ce type d'analyse parce qu'elle permet une flexibilité et une ouverture à plusieurs thèmes tout au long de la recherche. Elle permet aussi une analyse « fine et riche du corpus » même si elle est « plus complexe à mener et exige plus de temps » (Mucchielli et Paillé, 2012, p. 237).

## 2.6 Considérations éthiques et limites

Puisque notre recherche impliquait des êtres humains, il était essentiel d'évaluer les conséquences potentielles de notre étude avant de débiter les entretiens auprès des personnes ciblées. Nous avons donc obtenu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa le 23 mars 2018 (Annexe J). Nous avons pris de mesures pour permettre d'assurer la confidentialité et l'intégrité des participants tout au long du processus.

Ainsi, une des premières démarches que nous avons entamées au sein de notre étude était de demander que nos volontaires signent un formulaire de consentement libre et éclairé avant de participer à notre étude. Il était donc essentiel que notre recherche respecte la dignité et la valeur inhérente de la personne en favorisant l'autodétermination et l'autonomie chez les participants en les encourageant à prendre des décisions éclairées sur ce qui les concerne (ACTS, 2005). Nous atteignons cet objectif en informant les participants de leurs droits de participation à la recherche et à l'enregistrement en garantissant la confidentialité des données fournies, l'anonymat, le libre consentement ainsi que leur droit de retrait de la recherche. Dès le début du premier contact téléphonique ou en personne, les participants étaient informés qu'ils pourraient à tout moment se retirer de l'étude sans préjudice et qu'ils devraient signer un formulaire de consentement libre et éclairé lors de notre rencontre (Annexe A ou B). Lorsque le participant se présentait pour l'entretien, nous leur avons expliqué que le formulaire de consentement libre et éclairé était requis pour notre étude et qu'il avait pour objectif de fournir toutes les informations nécessaires afin qu'ils puissent prendre une décision réfléchie et absente de contrainte quant à leur désir de participer à la recherche. Avant de remettre le formulaire de consentement libre et éclairé, nous avons demandé au participant s'il souhaite que nous y fassions la lecture intégrale ou s'il souhaite lire l'entièreté du document par lui-même. Nous les avons informé également qu'une

fois le tout complété, bien compris et, le cas échéant, accepté, qu'il devait poser sa signature et la date au bas du formulaire. On leur rappela également leur droit de ne pas participer, et ce, sans aucune conséquence préjudiciable de notre part. Nous les avons invité aussi à poser des questions ou de faire part de leurs remarques à tout moment au cours du processus de lecture. Si les personnes n'avaient pas de questions et elles décidaient de signer le document, nous les avons invité à procéder à l'entretien semi-dirigé.

Une autre étape importante de notre recherche était de protéger la vie privée des participants. Les informations identificatoires qui ont été collectées incluent : les noms sur les formulaires de consentement, les coordonnées des participants et des informations sociodémographiques incluses dans la fiche signalétique (voir annexe G ou F). Nous avons protégé ces données en utilisant des prénoms fictifs afin qu'il soit impossible d'identifier les participants. Le nom du participant qui correspond au prénom fictif n'apparaît donc pas sur l'enregistrement de l'entretien ni sur le rapport d'entretien. Toute l'information nominative utilisée dans le cadre de l'établissement de l'échantillon, de la fiche analytique et du déroulement des entretiens a été conservée en lieu sûr pendant la période de conservation des données. La chercheuse principale (Natasha Crête) et son superviseur (Lilian Negura) ont été les seuls à connaître les pseudonymes. La liste des noms et leurs correspondances aux pseudonymes ont été gardées sous clef dans un lieu sûr.

Quant à l'utilisation d'entretiens semi-dirigés, les participants étaient conscients que notre recherche pourrait susciter un certain inconfort émotionnel. En ce sens, le fait de partager son expérience de vie, surtout si elle est toujours vécue douloureusement par le participant, peut créer le risque d'inconfort et de malaise psychologique. Les participants pourraient nécessiter du support émotionnel relatif à la divulgation d'informations personnelles liées à leur trouble

concomitant. Ainsi, nous avons fait un effort pour gérer la demande de questions sensibles, en tenant compte des éventuelles conséquences négatives possibles pour les personnes impliquées. Nous avons donc visé à « [...] protéger les participants de la recherche de l'inconfort, de la souffrance, des dommages et des privations sur les plans physique, mental et affectif » (ACFTS, 2005). Nous avons mitigé ces retombées négatives possibles par la mise en place de mesures permettant l'accès aux participants à recourir à des services de soutien appropriés qui réduiront ces risques : services de suivi, ressources téléphoniques et accompagnement au besoin. Nous avons aussi fourni une fiche indiquant les ressources disponibles (Annexe C ou D). De plus, l'étudiante-chercheuse qui dirigeait les entretiens était en mesure de mitiger les risques potentiels par son expérience en intervention (ex. formation d'intervention en cas de suicide, expérience en gestion de cas et en counseling de crise).

Pour leur participation à l'étude, les participants ont reçu une carte cadeau de 25 \$ au Tim Hortons comme cadeau d'usage. Nous avons décidé d'offrir un cadeau d'usage étant donné la longueur des entretiens semi-dirigés (entre 45 et 90 minutes), car nous avons monopolisé une partie considérable du temps des participants. Une fois l'étude étamée, même si le participant décidait de se retirer de l'étude, il recevait tout de même cette compensation, quelle que soit la raison. Nous avons aussi vérifié auprès des participants ou des intervenants de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) pour les frais concernant le transport. Cependant, la plupart des personnes recrutées étaient déjà en mesure de se déplacer parce qu'ils fréquentaient déjà les services de l'organisme de recrutement. Nous n'avons donc pas fourni une compensation fixe pour le déplacement. Cependant, nous avons quand même vérifié si le participant avait une manière de se déplacer, car nous étions en mesure de fournir un dédommagement dans les cas où, sans celui-ci, le participant n'avait pas les moyens financiers de se rendre à notre entretien. Si

c'était le cas, ces montants avaient été remis avant la présentation du formulaire de consentement.

Une autre retombée négative est qu'il y a un déséquilibre de pouvoir intrinsèque lorsqu'on travaille avec des individus et on porte le statut social de chercheur (Carey, 2012). Cette entrave est plus présente dans les entretiens, parce qu'il est difficile de créer un lien de confiance avec quelqu'un qu'on rencontre qu'une seule fois. Cependant, Alshenqeti (2014) note que ces effets peuvent être mitigés dans l'entretien en se rappelant que l'intervieweur est là pour écouter et que la personne est l'expert de sa situation. De plus, Frith et Gleeson, (2011) ajoutent que l'entretien peut aider davantage à mitiger cette inégalité parce qu'elle permet d'explorer la perspective d'un individu selon ses propres termes et sa propre expérience et qu'elle permet un degré de contrôle relativement élevé de la personne dans le fait qu'elle lui laisse choisir ce qu'elle aimerait partager. L'entretien souscrit donc à une certaine interactivité et flexibilité (Britten, 2006). Nous avons donc cherché à créer un environnement sécuritaire, ne pas demander des détails précis si cela n'était pas nécessaire et nous avons exprimé de la gratitude envers les participants. Nous avons aussi davantage cherché en à réduire ce rapport inégalitaire en précisant au participant qu'il peut prendre contact avec nous dans le futur afin qu'il ne se sente pas abandonné et sans suivi après l'entretien.

Néanmoins, cette recherche comporte d'autres limites que nous devons préciser. D'emblée, malgré les bénéfices associés à l'utilisation d'une démarche qualitative, nous savons que notre recherche ne permet pas d'établir des liens de causalité et qu'elle sera difficile à généraliser. Cependant, au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit au cœur de notre recherche parce qu'elle cherche dans une logique compréhensive à privilégier la description des phénomènes plutôt que l'explication des causes (Imbert, 2010). Notre recherche va aussi être

difficile à répliquer, car elle est soumise à l'analyse du chercheur et elle est restreinte à un certain temps et contexte précis. Nous étions aussi limités par notre propre contrainte de temps pour la réalisation de cette recherche et donc nous avons dû réduire la taille de notre échantillon à cinq personnes, étant donné que l'entretien individuel nécessite beaucoup plus de temps que d'autres types d'entretiens comme les focus groups (Paillé et Mucchielli, 2012). Il est aussi important de noter que cette recherche n'a pas pu chercher à une grande diversité au sein de l'échantillon étant donné la taille et l'hétérogénéité des troubles concomitants.

Par contre, ce choix de méthodologie nous a été important pour l'étude des troubles concomitants, car l'entretien rend possible un moment de réflexion sur soi qui peut être bénéfique pour les participants. L'entretien peut également s'avérer pour le participant une occasion privilégiée afin de partager, dans le respect et la confidentialité, ses réflexions personnelles quant à un phénomène qui le touche personnellement : le trouble concomitant. En ce sens, l'entretien est un moyen de valoriser sa parole à titre d'expert. Quand nous avons réfléchi au questionnement des participants en lien avec divers aspects de leur représentation de la santé mentale, de la toxicomanie, du trouble concomitant et l'utilisation de services cette valorisation du discours des participants comme experts de leur situation nous a semblé comme primordial dans l'étude de cette population, car par sa stigmatisation, elle n'a pas toujours l'occasion de faire entendre sa voix et de la valider. Par l'utilisation d'entretiens, nous avons donc choisi de contribuer à de nouvelles connaissances à partir des discours des participants. De plus, l'entretien nous a permis d'être flexibles en permettant l'exploration des phénomènes sans prédéterminer quelles données seront importantes. Elle a aussi permis à la chercheuse-étudiante à approfondir certaines informations lorsqu'elles se sont présentées (Gill et al., 2008).

## **CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats découlant des entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche. Nos résultats ont été formulés afin de mettre en relief les représentations sociales des quatre objets de représentation visés par notre recherche : la santé mentale, la toxicomanie, le trouble concomitant et l'utilisation des services. Les résultats reflètent les opinions, les croyances, les attitudes et les stéréotypes et leur organisation qu'ont les participants des objets en question. La présentation serait faite en fonction des éléments représentationnels ressortis des entretiens qui explorent les liens entre la santé mentale et la toxicomanie pour les participants soit 1) le sentiment d'appartenance, 2) la stigmatisation et 3) le soulagement et le *coping*. Nous allons aussi présenter l'expérience des participants quant à l'utilisation des services et leurs besoins perçus en matière d'intervention. Cependant, avant de présenter les éléments identifiés de ces représentations, nous allons parcourir la signification du terme « trouble concomitant » pour les participants.

### **3.1 Trouble concomitant : Quête de sens et instrumentalisation**

Pour commencer, nous avons demandé aux participants de nous décrire ce qu'ils pensaient et quelle signification qu'ils attribuaient au terme « trouble concomitant ». L'analyse du contenu des entretiens a permis de faire émerger quelques éléments représentationnels importants. Cependant, il est nécessaire de mentionner que les participants avaient de la difficulté à développer sur les troubles concomitants. Ce fait nous fait penser que les participants n'ont pas de représentation sociale autonome du trouble concomitant. Les personnes se représentent les troubles concomitantes en se référant à la toxicomanie et la santé mentale. Une majorité des participants indique ainsi que le trouble concomitant se caractérise par la présence simultanée

d'une condition de santé mentale et de toxicomanie. La majorité des participants rapportent aussi que c'est une manière de décrire les liens entre avoir une condition de santé mentale et la consommation de substances : « *Yeah. It's just a way to describe the interplay between the two* » (Simon). En d'autres mots, c'est un terme utile pour expliquer que la santé mentale et la toxicomanie sont intimement liées et non deux conditions distinctes et séparées :

*« I think that's it's really cool. So when I tell people I'm going concurrent disorders... what's that? It's substance use and mental health. And I found when you explain it, it makes people think like "oh no shit" of course people use because there's something underlying that makes you use. »* (Kim)

Cependant, il reste que le terme *trouble concomitant* a peu de signification propre pour la plupart des participants. Il y avait même une participante qui n'avait aucune connaissance du terme : « *I don't know. What's a concurrent disorder?* » (Zoé). Les participants ont donc rapporté que le terme de *trouble concomitant* leur était utile que lorsqu'ils voulaient accéder à certains services. Ainsi, lorsqu'un professionnel de la santé leur attribuait l'étiquette du trouble concomitant, cela leur permettait d'accéder aux groupes thérapeutiques dédiés à ces personnes :

*« I don't really think that it has affected me that much... like getting into a concurrent disorder group was great and stuff but I don't really think being labeled a CD person was really... it hasn't affected me at all. »* (Maxime)

D'autres personnes expliquaient que le terme de trouble concomitant leur permettait d'explorer les problématiques de la toxicomanie et de la santé mentale en même temps afin de découvrir les causes réelles de leurs problèmes vécus : « *The whole idea of concurrent disorders is to discover what's really going on* » (Luc). Certes, cela permet d'agir sur les problématiques de toxicomanie et de santé mentale d'une manière intégrée :

*« Like I think all rehab drug programs should be concurrent disorders programs. I really do. So I think that would get people help. And I think it's cool that it breaks the stigma. And I feel that people who go into concurrent disorders will get more help. For mental health AND for their substance abuse. As opposed to just tackling just one over the other. »* (Kim)

Cependant, une participante, Kim, expliquait qu'elle utilisait le terme de trouble concomitant de manière stratégique afin d'éviter le stigma associé à la santé mentale et/ou la toxicomanie. Elle racontait :

*«I like it actually because... I feel like concurrent disorders it's NEW. I tell it to people and they don't know what it is... so that stigma, that judgment that follows mental health and substance use isn't THERE. I go "I'm going to concurrent disorders program". "Oh...what's that???" You know there is that "that's cool". "That sounds like a new type of help" you know? I like that that negative connotation ISN'T THERE. » (Kim)*

Ainsi, puisque le terme *trouble concomitant* est assez nouveau et inconnu, Kim explique qu'elle peut l'utiliser pour contrer la stigmatisation rattachée aux autres étiquettes que les gens peuvent lui attribuer. Dans ses mots, utiliser le terme *trouble concomitant* :

*«It helped me to switch it out with different labels. Which made me feel better about myself so I was no longer...You know because you tell people you have PTSD and the first thing they think of, you know, you've been to war. » (Kim)*

Ainsi, le terme *trouble concomitant* reste relativement inconnu pour les personnes exerçant leur profession hors du contexte de santé et de soins sociaux. Ce terme n'est pas bien connu par la société en général et cela fait en sorte que les gens ayant un trouble concomitant peuvent se cacher derrière cette étiquette afin d'éviter la stigmatisation de la toxicomanie et de la santé mentale. Bref, le terme *trouble concomitant* n'a pas sa propre représentation sociale et donc porte peu de signification distincte pour les personnes ayant une condition de santé mentale et de toxicomanie. Selon nos résultats, ce n'est qu'en contexte médical qu'utiliser ce terme peut être utile pour décrire l'expérience vécue des participants quant à leur condition de santé mentale et de toxicomanie et pour accéder à des services plus spécialisés et intégrés. Les participants décrivent cependant leur expérience à l'aide de la représentation sociale de la toxicomanie et de la santé mentale.

## **3.2 Sentiment d'appartenance**

Tout au long des entretiens, les participants se sont prononcés sur leur expérience vécue de la santé mentale et de la toxicomanie. Un élément central de leur discours a été le besoin profond d'appartenance et de contact avec d'autres personnes. Ils ont donc expliqué leurs premières expériences de la toxicomanie comme étant motivées par ce besoin d'appartenance puisqu'ils cherchaient être inclus dans un certain cercle social. Pour expliquer ce premier élément représentationnel lié à la représentation de la toxicomanie des participants, nous allons donc présenter les premières expériences de consommation des personnes. Ces éléments représentationnels permettront de comprendre davantage pourquoi les participants expliquent leur expérience par un désir profond d'appartenance.

### **3.2.1. Premières expériences de la toxicomanie**

Lors de notre entretien, nous avons demandé aux participants de nous parler de leur première utilisation des drogues. Tous les participants ont rapporté que leur première expérience de consommation était motivée par des raisons sociales. Tous les participants ont donc été incités à consommer pour la première fois par des amis, en raison du style de vie familiale ou par l'influence d'une relation amoureuse.

#### **3.2.1.1 Affiliation amis**

Nous allons donc commencer en expliquant davantage le désir chez les participants d'appartenir à un groupe d'amis. Cet élément représentationnel de la première consommation chez les participants illustre donc de fortes motivations sociales à leur première consommation. Ainsi, lorsque nous avons demandé aux personnes d'expliquer quand ils avaient choisi de consommer

pour la première fois, la plupart ont répondu que leur première consommation a pris lieu au secondaire lorsqu'ils étaient adolescent ou préadolescent :

*« The first day I went to high school. I smoked a pot joint. [...] With somebody else at the school. [...] My new friends. [...] You know the guys. [...] Within a week, I was within two weeks, I was doing acid at school. [...] Yeah, yeah. It was like peer pressure. Right? » (Luc)*

Les résultats démontrent aussi qu'à la suite de cette première expérience, la fréquence de la consommation a augmenté et que les participants continuaient à consommer afin de garder les relations avec les personnes et de maintenir des liens :

*« [...]the first time I used was just socially with friends. I was at that age right? You know high school and hanging out with friends who are smoking weed you know? I figured I'd try. You're at that age. [...]You know? Just to try. And then I started, as I saw this friend more, she smoked all the time so I smoked all the time with her. » (Kim)*

D'autres rajoutent que la consommation leur permettait d'éviter la solitude :

*« For me, it was because you know I felt lonely everybody hated me and I wanted friends. [...] Everybody else was and I wanted to be like them and be cool and...yeah. [...]Yeah because I was worried you know. If I didn't do it, I would be left out. Everybody would hate me and then I'd be sitting at home all alone [...] And then you get even more depressed and shitty feeling. » (Zoé)*

Cependant, tous les participants expliquaient que les nouveaux amis avec lesquelles ils ont créé un lien à l'aide de la consommation, n'étaient pas de vrais amis :

*« I didn't actually have any real friends. Yeah I was the type that because I didn't want to use drugs alone, because I was scared of dying... I'd invite people over and give them my drugs. So yeah. A lot of people would just come over and use me for my drugs. And then leave right after. And then I still have a fear of dying because everybody's gone and I'm still high. » (Zoé)*

Elle précise même qu'elle préfère aujourd'hui être seule plutôt que d'avoir ce genre d'amis : « *Everybody was using me. I ended up having nothing. And now even though I have no friends and I'm depressed as hell, I'm way happier than I was back then. With everybody around me* » (Zoé).

La première consommation des personnes est donc fortement influencée par un désir

d'appartenance sociale. Cette interaction avec les pairs est une motivation forte pour inciter les jeunes à consommer pour la première fois par peur d'isolement social ou de rejet par les autres. Certes, le sentiment d'appartenance avec les pairs n'est pas la seule façon dont les gens représentent leur première expérience de consommation. Ainsi, leur première expérience est aussi influencée par le désir d'appartenance à d'autres milieux sociaux.

### 3.2.1.2 Style de vie familial

Lorsqu'ils expliquaient leur consommation, quelques-uns des participants ont précisé qu'il y avait aussi une forte influence provenant du style de vie familiale qui favorisait la consommation :

*« See, when I smoked pot it was sort of an environmental thing. More than anything else. Mom was always gone smoking pot and selling pot. And then we started selling it together. As I got older our dad introduced us to his grow-op so we sold a lot more. And then it led to hard drugs... » (Maxime)*

Cependant, deux des participants expliquent qu'ils n'avaient pas beaucoup de choix quant à la décision de consommer, car cela était encouragé par des membres de la famille. Maxime raconte :

*« It was a part of who I thought I was supposed to be. [...] My dad wanted me to do it, my brother got me into it, it was always just around me in the environment. Um...and I was good at it. Made good money. I just feel like it was part of my identity at the time. [...] My whole life was surrounded. [...] I was a kid so I didn't really have much choice in the matter... so when I was old enough, I left. » (Maxime)*

Le milieu de vie familial dans lequel Maxime a grandi présentait donc plusieurs circonstances favorables à la consommation de substances. Il était même encouragé à vendre des substances afin de maintenir une cohésion avec le style de vie familiale et afin de cultiver le sentiment d'appartenance familiale. Pour Luc, cet encouragement envers la consommation de substances était présenté de manière plus directe. Luc explique donc que :

« [...] alcohol started with my stepfather. I didn't get along with him right. [...] At one point in the middle of the night, he woke me up and said come on kid, get up. [...] He put two shot glasses. [...] He said this is how it's gonna work. If me and you we're gonna get along, you're gonna drink. [...] Yeah, so I did. » (Luc)

Ainsi, pour Luc, sa première consommation d'alcool lui a été imposée lorsqu'il avait douze ans. Il expliquait davantage que s'il refusait de consommer, son beau-père procédait à le battre. Il explique aussi que son beau-père lui demandait de garder sa consommation cachée de sa mère et qu'il lui donnait de l'argent lorsqu'il consommait. La consommation est donc perçue comme une obligation familiale pour certaines des personnes. Certes, le sentiment d'appartenance à la famille et les amis étant une forte motivation à la consommation, il y a un autre type de relation sociale qui peut encourager la consommation de substances en raison du désir d'appartenance : les relations amoureuses.

### 3.2.1.3 Influence des relations amoureuses

D'autres participants expliquent leur expérience de consommation comme étant influencés par leur relation amoureuse. Une des participantes explique qu'elle a augmenté sa consommation lorsqu'elle a rencontré quelqu'un qui consommait beaucoup : « *Then I started dating someone who is a chronic marijuana smoker and that was what really started my smoking every day. It started the addiction I guess you could say. Because before then it was only socially* » (Kim). D'ailleurs, elle explique qu'avoir de la marijuana présente dans son environnement l'a davantage influencé à consommer plus :

« *Like they brought it into the house, they smoked all the time, all day, and so I just went on it. [...] Like that's why I started smoking it as regularly as I did because when I was smoking socially, noticing really good benefits, started dating this guy [...] And now that it was around all the time, the more I smoked, the better I felt. (...) So I just kept with it.* » (Kim)

D'autre part, un autre participant rapporte des propos similaires. Pour lui, la cocaïne lui a été présentée lorsqu'il a rencontré une femme qui l'intéressait sexuellement :

*« I was twenty seven when I first started getting into cocaine. I always stayed away from it right. [...] And she had a spoon she cooked up and gave it to me. And you know, from the first time I tried it and blew the smoke out. Ahhh. Like oh my god! That was my new love. Right? » (Luc)*

Les relations amoureuses peuvent donc avoir un impact sur la fréquence de consommation de la personne et peuvent l'encourager à consommer davantage. Ceci est le résultat de l'introduction plus élevée de la substance dans l'environnement de la personne et le sentiment d'appartenance provoqué par la consommation avec un partenaire toxicomane. En somme, les premières expériences de consommation des participants sont motivées par le désir d'appartenance et de contact humain avec les amis, la famille et les partenaires amoureux. Malheureusement, les relations formées avec les gens à la suite des consommations ne semblent pas combler le désir d'appartenance et de contact humain des participants. Ensuite, la stigmatisation associée à la toxicomanie et la santé mentale agit aussi comme obstacle à l'atteinte de ce sentiment d'appartenance.

### **3.3 La stigmatisation**

Nos entretiens étaient formulés de manière à recueillir les expériences de vie des personnes. L'analyse des entretiens a fait ressortir que ces gens ont vécu plusieurs expériences de stigmatisation et qu'ils se sentent jugés, mal compris et exclus par les autres membres de la société. Plus spécifiquement, plusieurs des participants expliquent que les autres les perçoivent comme des « fous ». Selon eux, la plupart des gens les perçoivent d'une manière générale comme des êtres dangereux ou criminels. Suite à cette analyse, les résultats démontrent que les personnes ont développé un instinct stratégique les amenant à « cacher » leur condition de santé mentale, de toxicomanie ou certaines parties de leur vie, afin de bien s'intégrer dans la société et éviter le jugement. Le besoin d'être vue comme une personne normale agit aussi comme

motivation pour cette stratégie d'adaptation. En d'autres mots, ils expliquent soit qu'ils veulent être normaux comme les autres ou qu'ils sont normaux, mais que dans la société ils ne sont pas perçus ainsi, car la majorité des gens n'ont pas eu les mêmes expériences qu'eux.

### 3.3.1 Perception de la folie

Plusieurs des personnes ayant un trouble concomitant ont rapporté qu'ils vivent beaucoup de stigmatisation en lien avec leur condition(s) de santé mentale. Les participants ont expliqué que la société en général a tendance de les percevoir comme étant « fous ». Dans les mots de Zoé : « *They just think I'm crazy. They don't understand mental health. I swear nobody does* » (Zoé). Certes, la plupart des participants ont témoigné que cette perception de la folie a envahi leur identité personnelle, malgré eux :

*« You know? People assign it as like part of my identity. It's who I am and it's it's... not. Like even my own family like my mom they've assigned that like "you're a sick kid". Like you know? [...]But I find that mental health does that though. If you have it, you're automatically stamped with that. »* (Kim)

Luc rajoute même que : « *Yeah. It's kind of like you know... if I had leprosy* » (Luc). Ainsi, le fait de porter cette étiquette de condition de santé mentale a fait en sorte que les gens agissent de manière différente avec eux :

*« Just... "welcome to the world of mental health" you're SICK now. Yeah. And I noticed like it affected the way I was... talked to by teachers and doctors and even family members... was when the diagnosis is starting. All of a sudden it was... ..dealing with this broken child. Right?»* (Kim)

Entre autres, cela a limité certaines de leurs opportunités. Pour Simon, cette perception de la folie, lui a causé plusieurs problèmes quant à la recherche d'emploi :

*« [...] And so I texted him, you know, a couple times... ..You know, saying that I'm interested... you know, here's what I do but he never got back to me and I FEEL like it's because I told him about my mental illness. »* (Simon)

Il explique donc qu'il croit qu'il a manqué plusieurs opportunités d'emploi, car les gens ont des préjugés négatifs en raison de sa condition de santé mentale. Ainsi, la folie perçue est un élément représentationnel qui envahit l'identité des personnes ayant une condition de santé mentale. Cependant, cette attribution de la folie à leur personne est perçue par les participants comme étant fausse et contraire à leur représentation d'eux-mêmes parce qu'ils se caractérisent plus comme des personnes ayant surmonté des obstacles difficiles.

### 3.3.2 Survivants

Certains des participants ont donc élaboré sur cette perception de la folie en la mettant en contradiction avec la force intérieure des personnes ayant une condition de santé mentale :

*« You know, they're warriors. They've survived. They're not victims. They're not people with mental health. They're not people who've been abused. They are people who have scars to show battles that they have won. » (Kim)*

Un participant précise que les autres personnes vivant dans une situation similaire : « [...] *are determined. [...] everyone has strengths, it's just a matter of pinpointing them* » (Maxime). Kim rajoute qu'elle perçoit des personnes avec des expériences communes comme des survivants parce qu'ils doivent combattre leurs difficultés et ils réussissent quand même à vivre d'une journée à l'autre :

*« When I see people and I hear about people who've gone through abuse or similar mental health situations... It's just... they fight! And they keep moving one day at a time, one foot in front of another, no matter how hard it gets, they survive and they thrive in their despair and stuff like that. So when I see other people like that and you ask me to talk about it like I say "they're strong ass people"! » (Kim)*

Ainsi, cette représentation de personnes ayant un trouble concomitant comme personne possédant beaucoup de force et comme étant un survivant vient en contradiction avec l'image stéréotypée de personnes folles. C'est donc nécessaire pour certains des participants à démontrer

que malgré les difficultés qu'ils vivent, ils sont aussi forts. Kim raconte donc que les personnes vivant une condition de santé mentale devraient être respectées pour leur courage et non stigmatisées :

*« So actually other people who have similar situations to me inspire me. And quite honest, when I talk about it to other people I try to get that to come across cause like, cause their stories are remarkable. And having gone through it myself I get WHERE that comes from and how HARD it is to do. Which is why I have that level of respect for these people. » (Kim)*

La majorité des participants ont donc une certaine fierté rattachée au dépassement des épreuves difficiles dans leur vie et aimeraient que leur condition soit rattachée à leur courage et leur force intérieure. Cependant, les participants reconnaissent que cela n'est pas le cas et que les éléments représentationnels plus stigmatisants, comme la folie, sont dominants dans la société. Entre autres, les participants expliquent que c'est aussi le cas avec la toxicomanie, car un élément représentationnel majeur qui y est rattaché est l'image du drogué.

### **3.3.3 L'image du drogué (« stoner »)**

En lien avec la stigmatisation, les participants rajoutent qu'ils vivent aussi beaucoup de biais quant à leur consommation de substances, car les gens les perçoivent de manière stéréotypée comme des « stoners » :

*« Um... I think society at large is... you know... sort of has a bias towards people who smoke pot. Um... Well I think it's it's kind of associated with people being stoners, right? It evokes a certain image in people's minds. At least certain people's minds and uh, you know, it's seen as a negative thing by a lot of people. [...] Yeah, who is kind of a lazy and... kind of a bum, you know... that kind of thing. » (Simon)*

Les participants témoignent que cette image fait en sorte que la société en général croit que leur vie va être réduite à consommer des substances et ne rien faire de productif :

*« Like that that's the first thing you're just your average stoner druggy [...]. That I'm not going to go anywhere in life for myself. I'm just gonna be that stoner that collects disability, sits on my ass, and watches TV all day getting high. » (Kim)*

Cependant, même si la majorité des participants sont en désaccord avec ces opinions projetées sur eux-mêmes, certains des participants admettent que l'image du drogué malpropre est en partie vraie. Par exemple, lorsque nous avons demandé à Kim de décrire ce qui lui vient en tête lorsqu'elle pense à la consommation de substance, elle exprime :

*« Yeah! it's just drugs are dirty! [...] Like preparing weed, it's like preparing like coke or some shit, you know? Like you always... there's always a ritual to it and weed itself is just dirty. Between the resin and all that stuff. So I just... and even cigarettes. They taste bad, they smell bad. So it's just... It's what I mean, it's just dirty. You know, it's gross. [...]It's one thing I hate about my substance use. » (Kim)*

Certains des participants ont donc admis que cette image du drogué sale est partiellement vraie, car ils reconnaissent que le rituel de la consommation de la drogue est malpropre. Ils expliquent aussi que l'odeur de certaines substances est difficile à masquer et offre un signe olfactif évident de la consommation. Cela permet donc aux autres personnes de reconnaître ceux qui ont consommé. Cependant, tous les participants ont exprimé un désaccord avec l'élément représentationnel caractérisant le toxicomane comme étant quelqu'un qui n'est pas productif et qui n'a pas d'ambitions dans la vie.

### **3.3.4 Danger et criminalité**

Pour continuer, un autre élément représentationnel de la santé mentale et la toxicomanie qui a émergé lors des entretiens est l'idée que la majorité des personnes ayant ces conditions sont perçues comme étant dangereuses ou criminelles. Ceci étant en lien avec l'image de la folie et l'image du drogué que nous avons présentées plus haut. Simon explique comment cette image de dangerosité est souvent attribuée aux personnes avec un trouble de santé mentale :

*« I am afraid to reveal it um because um people do judge you based upon that and usually the... um ,you know, wacko, dangerous, psycho. You know, people don't really understand what psychopathy really is. \*chuckle\* [...]You know. So, those*

*labels get applied to mentally ill people even when they're completely unjustified. »*  
(Simon)

Simon précise davantage que cette perception de la dangerosité des personnes ayant une condition de santé mentale est fautive puisque : « *Yeah! The the the facts say... or show quite quite definitively that people who are mentally ill are more of a danger to themselves than others... right? Uh so...yeah so... so yeah the reality doesn't match with the perception* » (Simon).

Luc explique que pour lui, cette image de dangerosité est rattachée surtout à son diagnostic de bipolarité, car « *As soon as they hear bipolar, they're thinking that I'm dangerous* » (Luc). Les participants expliquent donc que la société en général associe la santé mentale à la dangerosité en raison de la méconnaissance de la santé mentale et la peur de l'inconnu.

Lorsque cela est rattaché à la toxicomanie, les gens racontent qu'en raison des signes externes plus visibles de la consommation de substances, comme la senteur dégagée en fumant de la marijuana, ils ont l'impression que les gens jugent leur personne. Notamment, comme l'explique

Kim, les gens associent la délinquance à la consommation de substances :

*« So like its one reason why I hate joints... that I smell. I can't go into a building and people not know that I smoke weed. So because you get those judging eyes it's so you're a stoner and people think "delinquent". You know? And they associate that with weed and I don't have a criminal record... I've never broken the law. I feel like people get the wrong idea of me when they see the weed. Kind of like with the mental health, it becomes all they see. »* (Kim)

Cette association devient donc envahissante quant au regard des autres personnes dans la société.

Luc raconte que cette représentation de la dangerosité et de la criminalité se complexifie lorsque les gens comprennent qu'ils ont un trouble concomitant :

*« At one point I went to Toronto to visit some other relatives and they're like, you know, I can hear beer bottles clanging and stuff and I went in the kitchen and I'm like what are you doing? "Oh we're just going to hide the beer" and I'm like why? She goes : "what if you start drinking"? Like "you have bipolar disorder, you're going to hurt us"... or whatever. I'm like : no. I don't drink anymore. »* (Luc)

Donc la perception qu'a la société des personnes ayant un trouble concomitant est doublement négative du fait qu'ils souffrent de deux stéréotypes étant chacun caractérisé par la dangerosité et la criminalité. Cet élément représentationnel caractérise à la fois la santé mentale et la toxicomanie ce qui a un effet sur le comportement des gens entrant en interaction avec les participants. Zoé en particulier explique que les gens adoptent souvent des comportements d'évitement et de vigilance accrue :

*« I get so many stares. People don't want to sit beside me. I'm not going to hurt you. [...] People look at you like you're a crack. You know? Look at you like you're a piece of shit. [...] Every time you go into a store, you have people following you because they think you're gonna steal. That kind of stuff. » (Zoé)*

L'ensemble des participants ont perçu le contrecoup de la dangerosité et de la criminalité associée autant à la santé mentale qu'à la toxicomanie et ont trouvé important de soulever ces éléments représentationnels, et ce, car les participants ont tous été affectés par ces comportements qui les ont poussé à s'isoler. Autrement dit, la stigmatisation attachée aux conditions de santé mentale et de toxicomanie a fait que la société traite ces personnes différemment, cela poussant les participants à cacher leur condition.

### **3.3.5 Le besoin de cacher la condition**

Tous les participants ont rapporté qu'ils ressentent un besoin de cacher leur condition de santé mentale et de toxicomanie afin d'éviter la stigmatisation et le jugement des autres. Ceci étant influencé en partie par les éléments représentationnels de la folie, la dangerosité et la criminalité que nous avons présentées ici haut. Tout d'abord, Simon explique qu'en partie, il ne dévoile pas sa condition de santé mentale parce que l'image médiatique de la santé mentale est généralement défavorable aux personnes vivant cette expérience :

*« I don't tell people that I have a mental illness in general principle umm because it... you know... people's perception of mental illness is what they see on the news... »*

*which is not really the reality. [...] Yeah, I avoid telling people about it if I can. »*  
(Simon)

Défaire cette perception négative de la santé mentale est donc difficile, car cela nécessite de communiquer son expérience de manière que les autres comprennent et surmontent les images négatives et stéréotypées véhiculées dans la société. Tous les participants ont témoigné qu'ils ont de la difficulté à faire comprendre ce qu'ils vivent à d'autres personnes. Cacher sa condition devient donc une stratégie favorable pour éviter la stigmatisation, car elle nécessite moins d'énergie mentale que d'entreprendre la tâche de se faire comprendre. Kim explique donc :

*« So yeah I keep a lot of that stuff to myself because of it. And the other half is because I can't explain it, what's going on. Like I would try to tell people and they're like "but you hallucinate" but I'm like how do you explain to a person... »*  
(Kim)

Cependant, Kim et deux autres participants disent que cacher sa condition peut faire en sorte qu'une fois dévoilée, les autres gens peuvent nier la sévérité de leurs symptômes :

*« Um to be honest I think a lot of people think that my mental health issues aren't as bad as I believe them or say them to be. And I think that's probably because I don't talk about all of it. And I don't show a lot of it. »* (Kim).

Notamment, puisque certains réussissent à cacher leurs symptômes, les autres peuvent avoir de la difficulté à croire qu'ils vivent réellement des difficultés. Cependant, de toute évidence, dévoiler sa condition de santé mentale semble surtout avoir des conséquences négatives pour les participants :

*« I've had bad experiences when I've revealed it to people. For example I revealed it to... two people when was looking at a place to live, you know, because they needed an explanation for why I ... for why I was sort out of work and that kind of thing. [...]and you know, one told me outright that she wouldn't ...she would not share an apartment with somebody who is mentally ill. [...] those experiences taught me to be very... discreet. »* (Simon)

Simon s'est donc fait refuser un logement suite à son dévoilement et la stigmatisation associée à sa santé mentale. C'est en raison de cette stigmatisation qu'un autre participant, Luc, explique

qu'il préfère dévoiler sa condition de santé mentale le moins que possible puisque : « *That way I can't have a judgment placed against me* » (Luc). Cacher sa condition est donc une stratégie utile afin d'éviter le jugement des autres et de mieux s'intégrer en société.

### 3.3.6 Lien avec la normalité

Cacher sa condition permet aux participants de trouver une semblance de normalité. En lien avec cette technique adaptative de « cacher » sa condition de santé mentale, les participants rapportent aussi qu'ils ont le désir d'être perçus comme « normaux ». Ainsi, la stigmatisation qu'ils ressentent fait en sorte que certains participants ressentent le besoin d'affirmer qu'ils sont tout à fait « normaux » et que c'est la société qui les caractérise autrement. Notamment, cet aspect du vécu des participants est ressorti chez certains lorsque nous avons demandé ce qu'ils voudraient que la société en général sache d'eux. Maxime constate donc qu'il aimerait que les autres sachent que : « *That I'm a regular person. That's it* ». Il clarifie cela en expliquant davantage que : « *Yeah, I mean someone who has anxiety isn't defined by having anxiety. They're defined by the choices they make and what they've done in their life and their experiences. That's the way I see it* » (Maxime). Ainsi, pour Maxime avoir une condition de santé mentale n'est pas quelque chose que les autres devraient qualifier d'anormal parce que ce n'est qu'un aspect de leur personne.

Simon précise que la stigmatisation fait en sorte que cette caractérisation de normalité est inatteignable chez les personnes ayant une condition de santé mentale parce que les conditions de santé mentale sont perçues comme étant irréversibles. Pourtant il souligne que les personnes ayant une condition de santé mentale peuvent être rétablies de la même manière que les problèmes de santé physique :

« *You know, they don't see that that the brain is just another organ in the body and sometimes you get sick and you need medication to fix it. They don't see that. [...]* »

*Anything wrong like you need a heart transplant everyone is behind you and understands. But uh so but, you know, it's it's not the same with mental illness. »*  
(Simon)

En outre, pour Simon, les gens ne comprennent pas qu'il peut se comporter en accord avec les normes sociales avec l'aide des médicaments. Il est donc important de noter qu'il y a une tension vécue chez les participants entre « être normal » et être hors de la norme. Par exemple, lorsque nous avons demandé à Zoé de décrire sa santé mentale, elle a choisi de s'exprimer de la manière suivante :

*« Exhausting. Shitty. Depressing. [...] I don't want to be like this. I always wonder what it would be like, you know, to have grown up with a family, a normal... not sick in the head. [...] There's very few people that understand. And they just think everybody's crazy or doing stuff on purpose to try and get attention. And that's not it. It's not it at all. If anything I don't want attention I just, you know, want to be normal. »* (Zoé)

Il y a donc un désir pour elle d'être comme les autres, mais elle perçoit cela comme étant impossible en raison de son historique familial et sa condition de santé mentale. Ainsi, selon les participants, la normalité est liée à l'absence des symptômes et des difficultés vécues. En cachant leur condition, les participants cherchent à atteindre cette normalité afin de s'intégrer en société et réduire l'isolement social.

### **3.3.7 L'isolement social**

Les différents éléments représentationnels liés à la stigmatisation que nous avons présentés ici haut font en sorte que les personnes ayant un trouble concomitant vivent beaucoup d'isolement social. Cet isolement social se manifeste de différentes manières, mais est surtout lié à la non-compréhension des autres ou la peur de ne pas être compris. La majorité des participants vont donc expliquer qu'ils ont vécu beaucoup de rejet auprès de la famille, des amis et de la société.

Pour Maxime, il a vécu ce rejet lorsqu'il était très vulnérable et avait besoin du soutien de sa famille :

*« Yes, definitely when I was out with with my uncle and Aunt. And I was going through a big depression and I was in the hospital for suicidal Ideations. When I got out they said you can't live here anymore. They did not understand mental health. They did not even try. » (Maxime)*

Bref, le manque de compréhension de sa santé mentale a été ce qui a précipité son rejet de la famille. Zoé raconte des propos similaires :

*« My family doesn't understand and that's why they suck and we don't talk. Cause they think I'm just crazy, doing everything on purpose like I can't... Yeah nobody understands. No friends...because everybody thinks you're crazy. Your family hates you because they think you're crazy. Yeah. » (Zoé)*

Ainsi, la perception de la folie éloigne les gens de leur entourage. Ceci est aussi le cas pour Luc puisqu'il raconte que : *« Other relatives when they found out about my bipolar diagnosis, it's kind of like a kite. You know they can see me but there's no invites at Christmas or anything anymore » (Luc)*. Pour Luc, lorsque sa famille a su qu'il avait un diagnostic de bipolarité, sa famille s'est isolée de lui. Pour Kim, cet isolement social est ressenti en partie par l'évitement des autres. Elle constate que parfois les gens ne savent pas comment communiquer avec quelqu'un qui vit des expériences difficiles. Les gens s'éloignent donc de la personne en question par peur ou afin d'éviter d'aborder des sujets sensibles. Plus précisément :

*« [...] so they want to know they push to know and then I tell them this stuff and there like... "oh wait what!?" then they get really weird. Sometimes they back off, you know, and it's... [...]I guess it's the stigma around it and in my past. So I just... And a lot of people don't understand and don't know how to help so they back off or whatever [...]. » (Kim)*

Certes, les participants vivent aussi de l'isolement social parce qu'ils évitent parfois d'entrer volontairement en contact avec d'autres personnes. Tous les participants expliquent qu'ils évitent parfois les interactions sociales puisque cela est trop difficile pour eux de gérer l'anxiété

provenant de telles situations. Par exemple, pour certains l'anxiété provenant des interactions sociales est difficile à supporter :

*« I'm so tired. I don't go out anymore and I usually only come here and go home. Stay home the rest of the week. Frig. People think I'm weird, crazy. I'm bad when I talk to people, I can't talk, I lose my words. Sometimes I start to stutter, it's embarrassing. The anxiety is too much. » (Zoé)*

Pour Luc, il s'auto-isole puisqu'il ne consomme plus de l'alcool et il veut éviter la tentation de consommer :

*« And I see it and then eventually said... you know, people are starting to notice. What's wrong with you? or whatever I said well I don't drink. And he says why don't you go and have a pop? I don't even want to be around that. » (Luc)*

Pour Zoé, elle explique qu'elle a tendance à volontairement repousser les autres parce qu'elle a peur de l'abandon :

*« Yeah like everything. Apparently like I try to push people away. Before, you know, they can leave on their own. I'm scared of abandonment. It's what my mental health worker says and I kind of agree. » (Zoé)*

D'autres expliquent qu'ils vivent beaucoup d'isolement social en raison de leur condition de santé mentale et le manque de compréhension suivant leur diagnostic :

*« Because mental health, I believe in and of itself, is just it's lonely, it's isolating because you don't really find people that understand what's going on and you're stuck alone in your head to deal with all that stuff... alone. [...] And a lot of the help and support I had to give MYSELF and find MYSELF. So it's just... it's a very isolating process. » (Kim)*

La stigmatisation et le manque de compréhension des troubles concomitants par les autres résultent dans l'isolement social pour les participants que ce soit par des comportements d'évitement des autres personnes ou par la stratégie d'auto-isolement des participants. Cependant, les participants rapportent que ce sentiment d'isolement social peut être contré par l'acceptation et des relations privilégiées avec les autres.

### 3.3.8 L'effet de la proximité

Les participants expliquent que ce sentiment d'isolement social est réduit lorsqu'ils ont des êtres chers qui prennent le temps de comprendre leur expérience. Ces gens étant surtout des gens de l'entourage immédiat de la personne :

*« Well it depends about... it depends upon the relationship with me. [...]My uh, my friends and family... I mean they, they see me as, you know, what I am and I mean uhhh... but, you know, people who don't know me quite as well... you know, it's like I said, you know, they see the uh... you know... The Media loves to link school shootings to mental illness and so they see that but they don't see the other side. »*  
(Simon)

Ainsi, les gens qui sont à proximité des participants font plus preuve d'acceptation envers leurs expériences. Pour Kim, elle explique que sa consommation de la marijuana est perçue de manière très différente par sa famille immédiate et éloignée :

*« I feel like my support systems don't perceive it as bad. I think they perceive it as good because they've all told me that they want me to continue and not go off it. So I believe that my support system really does see it as good, like I do. Outsiders however, like other members of my family who don't fully understand why I do what I do. Umm... I feel like they've see me as a druggie. »* (Kim)

Ainsi, c'est l'entourage qui est le plus proche de la personne qui a tendance à avoir le plus d'ouverture envers l'expérience que vivent les personnes avec un trouble concomitant. Ceci témoigne donc d'un certain effet de proximité qui permet d'alléger la stigmatisation ressentie par les personnes ayant un trouble concomitant.

### 3.4 Soulagement et coping

Certes, les participants rapportent aussi d'autres manières de s'accorder à leurs difficultés vécues. L'idée que la toxicomanie est un moyen de s'adapter aux problématiques issues de la santé mentale est centrale dans le discours des participants. En fait, tous les participants ont

rapporté qu'ils consomment une substance afin de soulager la dysphorie. En d'autres mots, les participants consomment des substances puisque cela a un effet sur la diminution ou l'augmentation des symptômes. Cependant, il faut noter que les participants comprennent aussi qu'il y a beaucoup de conséquences négatives à la toxicomanie. La discussion avec les participants a aussi permis de constater que la marijuana, en tant que drogue, est représentée d'une manière spécifique par les participants. Entre autres, la marijuana est considérée comme une drogue légère et n'est pas perçue de la même manière que les autres drogues illicites. Il y a donc une ambivalence auprès des participants quant au caractère bénéfique de la marijuana.

La consommation de substances est aussi utilisée afin de stabiliser la tension ressentie entre la perte de contrôle et la gestion de soi. La toxicomanie peut donc être utilisée pour calmer ses symptômes et reprendre contrôle sur son être. Finalement, lorsque nous avons discuté le lien entre la santé mentale et la toxicomanie, les participants ont spontanément dévoilé qu'ils ont un historique d'abus, de trauma, ou de tentatives de suicide permettant d'expliquer en partie leur vécu et la progression de leur trouble concomitant. Mises en commun, ces éléments permettent donc de comprendre pourquoi le trouble concomitant est expliqué par une recherche intime de soulagement de la dysphorie à travers la consommation de substances.

### **3.4.1 La diminution et l'augmentation des symptômes**

Les participants ont parlé beaucoup pendant l'entretien de la diminution ou l'augmentation des symptômes qu'ils ressentent. La toxicomanie agit donc sur l'expérience de la santé mentale des participants. Ainsi, la diminution des symptômes qu'ils vivent, tels que la dysphorie et les symptômes physiques comme le manque de sommeil, est une raison très importante pour laquelle les participants continuent de consommer des substances. Dans ce sens, la

consommation de substances est un outil de *coping* qui permet un soulagement d'un mal-être des participants en lien avec leur vécu. Les participants constatent donc que c'est ce soulagement provenant de la consommation de substances qui explique pourquoi tellement de personnes ayant une condition de santé mentale sont aussi toxicomanes : « *You know the two, the two disorders are related. In the sense that I use my pot to help manage some symptoms and it makes other symptoms worse* » (Simon).

Par exemple, tous les participants rapportent que la consommation de substances leur a permis temporairement de se sentir plus heureux et de s'échapper de leurs problèmes de santé mentale :

*« Well, it became a coping strategy for me. Because... when I first started smoking it... it sort of just cleared away all the pain and frustration that I've had. It feels clear and normal, as an escape. [...] it's been coping mechanism for me since I was 12 so... when I smoke it... my mind it's an escape. »* (Maxime)

La consommation de substances permet donc de réduire la tension psychologique déterminée par certains événements traumatisants. Par exemple, pour Luc, la toxicomanie était en partie une réponse au décès de sa mère : « *And then finally I told her but uh... eventually she died. When I was twenty seven, she died of dissecting aneurysm. It was horrible. I hit the alcohol hard... and the drugs. For two years it was like a blur* » (Luc). De plus, il explique que cela a permis de soulager le vide qu'il ressentait en ne pouvant pas voir ses enfants : « *And not having my kids in my life. You know it was a big hole. Right. And I filled it with drugs. I filled it with women, I filled with booze, and whatever... and it didn't work right?* » (Luc). La consommation de substances était donc une solution temporaire aux expériences de vies négatives. L'effet recherché était généralement « *[...] make me a little happier* » (Maxime).

Un autre aspect positif de la consommation de substances, particulièrement la consommation de la marijuana, est qu'elle a permis aux participants de gérer leur anxiété. Tous les participants ont donc expliqué que cet aspect de la consommation de marijuana est très important pour eux : «

*Yeah I use it pretty heavily mostly to manage my anxiety. [...] You know uh...marijuana is something that I use to cope with that [...] » (Simon). Cela devient donc une partie essentielle de leur vie et leur permet un meilleur fonctionnement quotidien. Par exemple, Zoé explique qu'elle doit consommer de la marijuana « [...] every day. Because if I didn't my anxiety would be crazy. I wouldn't be able to go out and be able to do ANYTHING. [...] It's just, you know, my anxiety is out of control and I just need a joint. [...] I smoke weed to calm it » (Zoé). Ainsi, pour Zoé, la relaxation provenant de la consommation de cette substance lui permet de s'engager dans des activités quotidiennes lorsque son anxiété lui empêcherait de participer d'une telle manière. De plus, la consommation de la marijuana semble avoir d'autres effets bénéfiques chez certains. Par exemple, cela augmente l'appétit : « [...] it gives me an appetite. Usually when I don't smoke it I just don't feel like you know, eating. I'm not hungry » (Zoé). Ensuite, cela peut aider avec l'amélioration du sommeil : « Helps me sleep at night. If I get the right strain yeah. I don't like taking sleeping pills. I used to take those too. They make me feel all weird in the morning and I didn't like that » (Zoé).*

Pour Kim, la consommation aide avec sa motivation, réduit son anxiété et les symptômes du syndrome de stress post-traumatique : « *And then, you know, the benefits are... If I'm having a bad day, it gets me going, it helps reduce the anxiety, the PTSD symptoms... it's relaxing so... »*. Finalement, pour Maxime, cela permet un « *sense of euphoria* ». Cependant, certains participants racontent que la consommation de substances n'a pas toujours des effets favorables et qu'elle peut même parfois augmenter les symptômes de santé mentale. Simon en particulier, constate que les effets de la consommation sur ses symptômes de bipolarité n'ont pas toujours été positifs :

*« [...] I've smoked pot for long periods without becoming manic. Um...but I know it doesn't help. Because it does have an effect on the consistency of a person's*

*thinking. Um...you know, the quality of the thinking. And so I think it has made my manias worse when they could have been slightly better. » (Simon)*

Cela a donc contribué en partie à la sévérité de ses épisodes de manie.

Certes, le soulagement et les effets plus positifs ressentis de la consommation de substances semblent avoir un poids plus important, malgré que les participants ressentent quand même des effets négatifs. Il y a donc une dualité entre les effets positifs et le désir d'abstinence chez certaines des personnes interviewées. Par exemple, pour Kim, balancer l'utilisation de marijuana contre le désir de cesser sa consommation s'avère très difficile pour elle. Dans ses mots, la marijuana:

*« [...] jump started major steps for me in my recovery, which is why I continue to use it. [...] I stopped self harming, I stopped being suicidal, I went back to school umm... you know, moved out, got a job and you know, I have a life now. I still smoke a few times a day and I still want to use. [...] And I'm worried to stop, that I'm worried I'm going to regress and I don't want to be self harming in and out of hospitals and every second week again. So I'm very on the fence with... ...what to do... about it but I see the negative side effects as well as the positive which is why I say I'm on the fence. » (Kim)*

Ainsi, l'abstinence est problématique pour les participants parce que la consommation s'avère être un outil de *coping* efficace pour réduire certains symptômes négatifs provenant de leur condition de santé mentale. Malgré cela, les participants reconnaissent que la consommation de substances comme outil de *coping* comporte aussi plusieurs conséquences négatives.

### **3.4.2 Les conséquences négatives**

Afin de nuancer davantage la complexité du lien entre la santé mentale et la toxicomanie, nous avons demandé aux participants de nous expliquer s'ils y avaient des conséquences négatives associées à la consommation. Cette question a donc permis aux participants de s'exprimer sur les enchaînements produits par la toxicomanie. Tous les participants ont pu répondre à cette question avec une certaine certitude. Ils reconnaissaient donc que la consommation a eu des effets négatifs

surtout au niveau de la santé physique. Ainsi, la conséquence négative principale présente chez tous les participants était le manque de motivation engendrée par la consommation de substances :

*« Yeah. It's not good for a... It's not good for my mental health, I mean it can trigger psychosis, right? Um... uh... you know I don't do the things I need to take care of myself when I smoke pot. Um well just basic self care. Right? [...] You know, I just... it sucks the motivation right out of me. »* (Simon)

Une autre conséquence négative résultant de la toxicomanie est le manque de soins personnels et de productivité. Par exemple, pour Maxime : *« So I get lost in my own world and I don't get my chores done, I don't get anything done. [...] It brings down your motivation, sedates you, well for me anyways »* (Maxime). Les conséquences physiques sont multiples. Par exemple, Zoé explique que sa consommation faisait en sorte que : *« I got sick a lot. When I was using on the streets I'd get sick a lot. I'd get strep throat or tonsillitis. And now I have my tonsils out because of it. Every month strep throat. Ugh. My lips would get all cracked. I was so unhealthy »* (Zoé). Kim, raconte que pour elle, la consommation avait de conséquences sur sa respiration :

*« Yeah like the shortness of breath the, you know, fleming, coughing up flem, because bong because smoke in bong it's a wet smoke it's not nice. Coughing. The... I see the toll it takes on my asthma and my lungs. »* (Kim)

Luc a des propos similaires ajoutant que :

*« I have COPD[chronic obstructive pulmonary disease], my lungs are bad. I just got off the medication because... my lungs kept filling up. It's like I had pneumonia. Here it is. This is the this is the effect of smoking crack and being older right? »* (Luc)

Ainsi, les participants perçoivent les multiples conséquences négatives physiques liées à la consommation. Pour certains, à l'extrême, la consommation de substances était aussi associée avec un risque de mort. Luc explique qu'il s'engageait dans plusieurs activités dangereuses lorsqu'il était toxicomane et qu'il y vivait beaucoup de danger associé avec sa toxicomanie :

« *Right and you know, there's people looking for me. For real. To kill me right? and I've gotten out of all those drug pots. [...]I'm talking about dealing with gang members and everything right?* » (Luc). Ce risque de mort était aussi présent dans le discours de Zoé. Elle explique que plusieurs des personnes qu'elle considérait ses amis lorsqu'elle consommait sont maintenant décédés et qu'elle-même était proche de la mort à plusieurs reprises : « *Past substance use... crazy, stupid and I shouldn't have freaking done it. I almost died so many times. All my...buddies I used to do drugs with, they're all dead now. So I know I'd be dead too* » (Zoé). Ainsi, comme le démontre le discours des participants, ils comprennent bien les conséquences négatives de l'utilisation des drogues. Certes, comme nous avons mentionné auparavant, ces conséquences négatives sont contrebalancées par l'obtention du soulagement de la dysphorie par la toxicomanie. Bref, les conséquences négatives ne sont pas suffisantes pour dissuader les gens de cesser la consommation de substances puisque cette relation procure d'autres avantages complexes pour la vie des participants. Prenons par exemple les effets complexes obtenus par la consommation de marijuana.

### **3.4.3 Le caractère ambivalent de la marijuana**

D'abord, tous les participants ont expliqué qu'ils consomment la marijuana. Cependant, il est important de noter que les participants semblaient accorder un statut spécial à cette substance et qu'elle n'est pas considérée de la même manière que d'autres drogues illicites. Ainsi, trois des cinq participants expliquaient que cette substance est utilisée comme un médicament. Kim témoigne :

« *Because when I originally started using it is for a medication. [...] And thanks to the usage of marijuana I stopped self harming and I stopped being suicidal. [...] And I'm on it medically. I have my medical card so it's not like I'm getting stuff off the street. It's actually stuff geared towards my recovery.* » (Kim)

De plus, plusieurs notaient qu'ils préféraient consommer la marijuana que de prendre plusieurs médicaments pour la santé mentale. Ils notent donc que ce dernier est vu comme une alternative plus favorable à la médication traditionnelle :

*« I stopped taking all the medication the doctors gave me because the weed does the same thing and I'd rather smoke weed than take all these different pills.[...]All those pills, the withdrawals and everything... and feeling like crap in the morning. No thanks. » (Zoé)*

Pour deux des cinq participants, la marijuana est quand même vue comme une drogue illicite et le changement du statut légal de cette substance au Canada pose pour eux problème. Ainsi, comme le contexte entourant l'utilisation du cannabis au Canada au temps de cette étude était en train de changer, la consommation de la marijuana devenant légale dans quelques mois, cela semble ne pas convenir à ces participants :

*« I think some I think some think it's being, it's more acceptable now that it was because the Prime Minister smoked pot and um... Now he's trying to legalize it. [...] I'm not really looking forward to it becoming legal. I mean I sort of am and I'm not. I have to get past this sort of fantasy I have about buying legal pot and smoking it because I know that, you know, even if I wait until it's legal uhh... I know I'll fall right back into it and then you know... easier to get in some respects. » (Simon)*

L'accès augmenté à la marijuana pourrait devenir un problème au rétablissement pour certains des participants tandis que d'autres pourraient bénéficier de son acceptation sociale accrue suivant la légalisation. Ainsi, la marijuana a un caractère ambivalent chez les participants puisque certains la perçoivent comme outil bénéfique pour gérer la perte de contrôle ressentie et d'autres la perçoivent comme une substance néfaste ayant un effet défavorable sur la gestion de soi.

### **3.4.4 Perte de contrôle vs. Gestion de soi**

Trois des cinq participants ont rapporté qu'ils chevauchent souvent entre la perte de contrôle de leur santé mentale et le besoin de se gérer soi-même afin de prévenir cette perte de contrôle. Cet

élément présente donc un obstacle important dans leur vie, la perte de contrôle contribuant à leur stigmatisation et le sentiment de ne pas être compris par les autres. Ainsi, cette perte de contrôle mène vers le besoin de gestion de soi et contribue indirectement au désir de soulagement des symptômes par la consommation de substances. Ce sentiment d'être hors contrôle et hors de soi-même est décrit par Simon de la manière suivante :

*« So... you know, basically when I'm manic, everything I do is out of character. [...] I become basically a different person. You know, you wouldn't umm... if you knew me you wouldn't recognize me when I was manic. [...] I have monitor constantly, monitor my thoughts... Um... to make sure that you know I'm not... you know, that I don't slip into psychosis or anything like that so I mean there's... you know. It's basically, make sure I take my meds. ALL of that. I mean it's a lot of, it's a lot of work to have a mental illness and to manage it properly. » (Simon)*

Ainsi, il y a beaucoup d'effort mental canalisé pour garder le contrôle sur soi-même. Zoé raconte des propos similaires. Elle explique qu'elle fait de grands efforts pour garder le contrôle sur ses symptômes de santé mentale, mais que cela lui arrive d'avoir des trous de mémoire :

*« Crazy mood swings. One minute I'll love someone, the next minute I want to rip their head off. Like literally, my mood changes in seconds. One minute I could be super happy, the next minute I'm bawling my eyes out. Or I black out and then I don't know what the fuck happened.[...]Like I've been trying to control it. [...] Yeah. I can't deal with it. It's hard to cope. It's hard to try and control myself and not freak out on people. » (Zoé)*

Cette perte de contrôle mène donc à des sentiments de culpabilité et comme l'ont démontré les témoignages de Simon et Zoé, cela fait en sorte qu'ils agissent parfois de manière où ils ne se reconnaissent pas. Cette imprévisibilité contribue donc à la nécessité de gestion de son état d'être et la consommation de substances dans le but de trouver une manière de gérer ses symptômes.

### **3.4.5 Historique d'abus ou de trauma**

Dans notre échantillon, quatre des cinq participants ont décrit avoir vécu de l'abus ou du trauma dans leur vie, surtout lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents : *« Unfortunately, I was molested*

*or raped by my stepfather for six years of my life. Yeah. So that's where all my mental health issues came from [...] » (Kim); « I was abused a lot. Beaten, raped, sold » (Maxime); « He was beating me all the time and stuff. [...] And then you know, sometimes in the middle of the night, he'd come in and start pounding on me » (Luc). Ainsi, la majorité des participants ont fait allusion à des expériences adverses marquantes contribuant directement à leur état de la santé mentale ou de la toxicomanie :*

*« Why am I like this? But borderline personality I... is apparently caused by a traumatic childhood experiences or also family with mental illnesses. Whatever. Yeah. My mom's crazy. \*laughs\* Me going calling her crazy... no, she's sick in the head like me. [...] Not just that. All the crap that happened before I was in CAS. She used to beat the crap out of me every day. Yeah. Traumatic childhood experience right there... borderline personality. » (Zoé)*

Les participants expliquent donc qu'ils ont une condition de santé mentale ou qu'ils sont toxicomanes en raison de leurs expériences d'abus ou de trauma. En d'autres mots, ces événements adverses sont dérangeants et contribuent au développement d'un trouble psychologique et ensuite à la toxicomanie par recherche de soulagement des symptômes. Pourtant, le trauma et l'abus ne sont qu'un élément qui contribue au développement de ces conditions.

### **3.4.6 Historique de tentatives de suicide**

Lorsqu'ils sont interrogés sur leur explication de la santé mentale, la plupart des participants expriment qu'ils ont été diagnostiqués suite à une tentative de suicide ou suite à l'inquiétude découlant de pensées suicidaires : « I was 13 And I wanted to kill myself. I left a suicide note and I went to the hospital at go and they diagnosed me » (Maxime); « I called the crisis line at home because I was holding a knife and you know that kind of thing... » (Simon).

Pour certains, ces idées suicidaires sont le résultat direct d'un sentiment de dysphorie :

*« Yeahhh, I mean the suicidal thoughts are more umm... more of sort of inspired by just feeling hopeless, you know? Abject despair really. [...] That my life will never improve. That I will always be this way... I mean depressed. And it seems that no matter what people say to me... It's just kind of lost on me. » (Simon)*

Ou même, une manière d'échapper une situation de vie adverse et un futur incertain : *« Yeah. I didn't want to die. I did but I didn't. Like I had this plan, I promised I'd kill myself at 18 so I didn't have to live on my own and out of CAS. I tried. I ended up in the hospital » (Zoé)*. Cet historique de tentatives de suicide ou de pensées suicidaires a été spontanément révélé par les participants de notre entretien et sert d'explication portant à leur diagnostic de santé mentale. De plus, c'est un élément représentationnel qui aide à comprendre pourquoi les participants cherchent à soulager leurs expériences négatives. Certes, lors de notre entretien, nous avons exploré les besoins perçus en matière d'intervention des participants afin d'explorer d'autres pistes de soulagement des symptômes possibles.

### **3.5 Les besoins perçus en matière d'intervention**

Nous avons cherché à comprendre à travers les entretiens comment les participants perçoivent les services et les interventions actuelles et quelles sont leurs suggestions afin de les améliorer. L'analyse des entretiens révèle plusieurs besoins perçus en matière d'intervention par les participants. Parmi celles-ci, le besoin le plus important est le respect et la compréhension. Ainsi, les participants expriment que l'intervenant doit agir avec respect et compréhension puisque cela a un énorme impact sur le rétablissement des participants. Ensuite, les participants ont soulevé le besoin pour des services spécialisés et diversifiés, le besoin d'intégration sociale et le besoin d'attachement affectif.

### 3.5.1 Le respect et la compréhension

D'emblée, tous les participants affirment que l'intervention auprès des personnes ayant un trouble concomitant doit nécessairement inclure une attitude d'acceptation, d'empathie, de respect et d'écoute totale chez les intervenants. Il doit y avoir un désir de compréhension et une ouverture amplifiée à la situation de la personne en question provenant de l'intervenant. Les intervenants doivent donc chercher à comprendre les expériences individuelles des personnes et se mettre à la place de l'autre :

*« But definitely I think people and you know just need to be more understanding, less judgmental and more open minded. So it's like that. Stop putting people in specific boxes you know. It's not a one size fits all scenario. » (Kim)*

*« Well... be more understanding. Like no one goes through the same experiences. I'm not saying my experience is worse than yours but there different. We're here to help each other. » (Maxime)*

L'intervenant doit aussi combiner cette attitude d'acceptation avec de la patience, car le rétablissement de la personne prend du temps : *« Yeah. To be more understanding and to just be patient with people because it does take time. [...] Yeah so patience is...I think the best virtue for a clinician » (Simon).*

*« That's not them and that they're going to need help and understanding that's different from most people. So people need to be a bit more patient. More understanding, less judgemental, more open minded to how they're going to react to the kind of help that we need and support. » (Kim)*

Pour cet autre participant, l'intervention doit également être caractérisée par une attitude empathique :

*« ... with my experience I've had a hard time speaking to medical professionals in regards to my usage because they just think it's completely negative. Which it is but at the same time they really didn't have any understanding. » (Maxime)*

Il doit aussi y avoir un effort afin de reconnaître la personne en tant qu'être humain méritant du respect :

*« [...] give us a sense of respect. We're people too. [...] What I mean is... we're all just people. So why don't we start acting like it. Treat others the way they want to be treated. And whether you have a concurrent disorder or not, you're still a person. We're all precious. That's basically it. » (Maxime).*

*« [...] and just because I have a concurrent disorder doesn't make me someone who is any less deserving of someone's respect. You know? And care. [...] I feel like people need to just really stop judging others with concurrent disorders and know that that's not who they are. That's just a part of who they are. » (Kim)*

*« Being respected. Treated properly. So. You know. Because I wasn't treated nice all through my life. » (Luc)* Pour les participants, l'écoute active est aussi primordiale dans le processus de compréhension et d'acceptation : *« Yeah because honestly just talking it out you know helps people lead to their own solutions which is why therapists do the "how do you, how does that make you feel" you know? » (Kim).* *« Yeah. Listen to the person and what they're trying to tell you. You know? Talk to them. Listen! Understand.[...]. Just take the time to listen » (Zoé).*

Ainsi, les participants décrivent que toutes ces valeurs devraient faire partie de la position de base en intervention. Or, ce qui est indispensable à retenir des témoignages des participants est que leurs expériences sont très complexes et que les gens devraient prendre le temps de les comprendre intimement avant de passer des jugements. Bref, les participants expliquent que les intervenants doivent garder une attitude d'ouverture d'esprit et d'espoir, car le rétablissement n'est pas facile à atteindre :

*« Yeah and that it's complicated. Everything because of it is complicated. And for health professionals to know that. And for other people, it's not as easy as you say, it's not as easy as it looks. » (Kim)*

*« [...] even though somebody may have a very sincere desire to quit... it's not like flipping a switch. It takes time, it takes failures. Um you know you have to learn from your failures before I think a person succeeds. » (Simon)*

*« We're just dealing with crap and sometimes it's hard to cope. Some people use drugs to cope and other people stay at home and are antisocial. But we aren't crazy, we aren't weird. We're just dealing with shit in our brains and we're*

*jealous. [...]That's the only thing that really bothers me is that people don't understand. And people need to understand. » (Zoé)*

Le respect et la compréhension sont un besoin perçu nécessaire en intervention. L'interaction entre l'intervenant et la personne doit donc être caractérisée par une attitude d'acceptation, d'empathie, de patience et d'ouverture d'esprit. Ceci permettrait une relation de confiance avec la personne ayant un trouble concomitant. Tout d'abord se sentir accepté par l'intervenant ou même par les pairs vivant des expériences similaires résulte dans un sentiment de reconnaissance ressentie par la personne affectée.

### **3.5.2 Communication avec les pairs**

Tous les participants disent que les groupes thérapeutiques sont très bénéfiques pour eux. Cela leur a permis de trouver un milieu acceptant et de partager leurs expériences avec un groupe de gens qui comprennent par leur expérience personnelle leurs difficultés vécues. Tous les participants ont recommandé les groupes thérapeutiques comme étant une pratique utile :

*« Like it's not for everyone but being able to be of help to people and hear things, you know, people going through similar situations and things that work for them...I found to be very helpful for me . [...] it makes you feel a bit less alone when you're able to help out others. Gives you that sense of purpose. » (Kim)*

*« Well, all the great advice. Listening to other people's stories is like yeah okay cool. I'm not the only crazy one! Like it's actually good to hear that other people go through the same shit as me . Because sometimes, you think... is everybody else like... fucking feeling this way? Dealing with shit. And then when you go to group and you hear it... like yeah. Okay, I'm not the only one. » (Zoé)*

Pour certains des participants, la thérapie de groupe est surtout utile afin d'explorer différents outils de gestion des symptômes pour les troubles concomitants. Zoé en particulier, utilise ces groupes afin d'avoir plus de soutien et apprendre des nouveaux outils de gestion de ses émotions pendant qu'elle continue sa recherche de ce qui va fonctionner pour son bien-être :

*« I honestly don't know. I'm still trying to figure that out. That's why I'm coming to group every week. [...] So I can have more help and support. You know, figure out what the frig I'm supposed to do. [...] Yeah. I'm so confused with life right now. I don't know what to do or where to go. Group helps. [...] Keeps me busy plus help me learn some more coping skills. » (Zoé)*

Pour certains participants, les groupes thérapeutiques les ont aidé à trouver un objectif de vie et un sens d'appartenance. Les groupes thérapeutiques ont donc été une ressource marquante pour certains des participants : *« I take the groups and I take it to heart. Everything that these people say because they've helped save my life » (Luc); « It gave me a sense of purpose and meaning. It made me the man that I am somewhat and that I do have... a reason to be here. [...] Belonging really » (Maxime).*

La communication avec les pairs est un besoin perçu en matière d'intervention puisque pour les participants c'est un moyen de partager leurs expériences, de trouver de la validation dans le vécu similaire des autres, de trouver des outils de *coping* et de donner sens à leur vie. Certes, le besoin de communication avec les pairs est souvent comblé lorsque les participants rentrent en contact avec des services spécialisés et diversifiés.

### **3.5.3 Le besoin de services spécialisés et diversifiés**

Plusieurs autres recommandations ont été émises par les participants afin d'aider d'autres personnes ayant des troubles concomitants. D'abord, quelques participants ont soulevé le besoin d'augmenter le nombre de services spécialisés et diversifiés qui leur sont offerts. Plus précisément, certains participants voulaient augmenter les ressources pour les gens ayant des troubles jugés plus sévères et complexes comme le syndrome de stress post-traumatique :

*« Well I guess, just that there's not really enough resources. Especially for PTSD specific. [...] There's like nothing in Canada. At least for civilians. It's all for first responders. [...] So I found that to be excruciatingly difficult. I still have yet- in the*

*8 to 10 years I have been doing this- had one group for PTSD. It is the only PTSD specific help I've had. [...] And that's my main problem. [...] but then again the whole medical field is struggling right now. And I know that. But I don't think there's enough resources anywhere in mental health. » (Kim)*

Les répondants apprécient certains services déjà existants qui semblent améliorer leur état de santé mentale ou de toxicomanie. Cependant, il faut noter que les participants n'étaient pas unanimes dans leurs recommandations de services et que cela différait d'une personne à une autre. Les besoins en matière de services spécialisés et diversifiés différaient aussi en fonction de la problématique en question soit la santé mentale ou la toxicomanie. Voici de manière brève, ce que les participants recommandaient en lien avec la toxicomanie : l'utilisation de la thérapie pour remplacement de la nicotine, l'utilisation des centres de gestion de sevrage, la détoxification, les maisons de seconde étape et le logement sobre.

Les recommandations pour la santé mentale étaient différentes de celles suggérées pour la toxicomanie. Les besoins perçus de services pour la santé mentale incluent : la thérapie individuelle, avoir le soutien d'un travailleur social, utiliser les ressources de l'hôpital Royal d'Ottawa, faire de la méditation et faire de la thérapie d'art. De plus, certains des participants encourageaient un style de vie actif (faire de l'exercice, bien manger et avoir un emploi). Cependant, nous avons eu l'impression que ce discours était fortement influencé par le discours dominant de la santé publique qui encourage les gens à adopter des habitudes de vie saines. En outre, tous les participants expliquaient que ce qui leur a été utile ne fonctionnerait peut-être pas pour une autre personne dans une situation similaire et que le besoin de services pourrait différer d'une personne à l'autre. De plus, certains participants critiquaient le manque d'intégration sociale au sein de ces services.

### 3.5.4 Intégration sociale

Pour mieux expliquer les besoins en matière d'intervention des participants, il faut noter que certains participants désiraient être intégrés socialement avec les personnes n'ayant pas des conditions de santé mentale ou de toxicomanie. Tout d'abord, quelques-uns des participants ont rapporté qu'ils souhaiteraient recevoir de l'aide dans un environnement à part des autres personnes ayant un trouble concomitant. Ils expliquaient donc qu'être dans le même environnement de soins que d'autres personnes vivant des difficultés similaires, surtout dans un contexte hospitalier, n'était pas propice à leur bien-être :

*« Well I think... uh it is really hard to say I mean. I think putting everyone in in... the same environment is uh counter-productive. [...] I don't think putting a bunch of depressed people together is helpful » (Simon); « No, not at all. I find... because you're just boxed with a bunch of other people doing the same thing. All staring at the same blank wall like ... » (Kim)*

De plus, deux participants soulevaient aussi des difficultés face à leur environnement lorsque cela avait lien avec leur situation de logement. Ils souhaitaient être intégrés dans des communautés « typiques » hors des logements communautaires ou subventionnés. Simon explique ce désir de la manière suivante :

*« So. I mean how could someone... help me...? I think moving out of my current environment would be a good first step. Because there's a lot of crime and drug use in my building. So it's kind of hard to get away from it. [...] You know, and I associate weed with that apartment. [...] maybe if I could get one of those, you know, maybe I can get into a better community. » (Simon)*

Finalement, le retour aux études et l'insertion professionnelle est particulièrement importante pour Simon, mais il est hésitant en raison de sa situation de santé présente : *« Well, I guess support getting in back to school might help but I think that that's several years away anyway. »* (Simon). De même, il aimerait s'intégrer dans le milieu d'emploi, mais il explique que les entrevues d'emploi sont structurées de manière qu'il doit admettre qu'il a une condition de santé

mentale afin d'expliquer les trous dans son curriculum vitae : « *Having a good job but it's um... [...] But then again there's that um... there's that association between, you know, manias and work* » (Simon). La stigmatisation de la santé mentale rend donc cette intégration très difficile.

Ainsi, l'intégration sociale des participants dans la société en général est un besoin important en matière d'intervention. Plus précisément, l'intégration sociale par les études, dans le milieu d'emploi et par le logement a été représentée comme très importante. Il faut donc viser à intégrer ces personnes hors du contexte d'aide afin qu'ils développent des liens affectifs avec des gens à l'extérieur du milieu de soins de santé et de services sociaux.

### **3.5.5 Attachement affectif**

Enfin, un dernier besoin perçu en matière d'intervention chez les participants est le besoin d'attachement affectif. Les résultats indiquent qu'une source de soutien importante de cet attachement affectif provient du fait d'avoir un animal de compagnie. Avoir un animal de compagnie permet aux participants de combler ce besoin d'attachement et agit comme source importante d'amour résultant dans une augmentation de leur sentiment de bien-être :

*« Yep ! So that little man help save my life. He really did. Like I used him and the marijuana to help me get better. Those things, those two together, which is why he's still so much of an aspect of my life. I still use him as an emotional support. »* (Kim)

*« Yeah. I stay home with my rabbits. Animals are the best friends you can have. [...] They're the best anti-depressant »* (Zoé). *«... looking after my brother's puppy has definitely helped me »* (Simon). Or, selon les participants avoir un animal de compagnie les a aidé à se sentir bien et à avoir une signification à leur vie :

*« You know, it's not perfect. It's just me and my cat I got a diabetic Tortie cat. It's given me something to care for right? [...] For whatever reason when I'm sitting*

*there alone and upset the cat comes to me. She's on me purring. Yeah my god! I love her so much! People could say that's ridiculous...a cat? But that's what's kept me going. » (Luc)*

Les animaux de compagnie sont une source d'affection, d'amour et de signification pour les participants. C'est l'attachement affectif qu'ils ressentent de ces animaux qui permettent aux participants d'atteindre un état de bien-être lorsqu'ils interagissent avec eux. Ceux-ci étant perçus comme des membres de la famille qui les acceptent malgré le fait qu'ils ont une condition de santé mentale ou de toxicomanie. L'attachement affectif est un besoin important perçu par les participants.

Toutefois, bien que les participants sont en mesure d'identifier leurs besoins perçus en matière d'intervention, plusieurs questionnements subsistent quant à l'impact de leurs expériences sur la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie. Nous allons procéder en examinant ces résultats afin de répondre à cette question.

## **CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET IMPLICATION POUR L'INTERVENTION ET LA RECHERCHE**

Cette recherche exploratoire basée sur des entretiens semi-dirigés avec des personnes ayant un trouble concomitant avait comme objectif principal d'explorer la représentation sociale du trouble concomitant chez les personnes ayant ce diagnostic. Ce chapitre de discussion permettra donc d'approfondir la compréhension des thématiques centrales qui ont émergé du discours des participants en lien avec leur expérience vécue.

Tout d'abord, nous allons débiter en examinant la représentation sociale du terme trouble concomitant en lien avec les résultats de notre recherche. Par la suite, nous explorerons les multiples éléments parmi les trois thèmes centraux qui ont émergé des récits des personnes afin de caractériser leur expérience : 1) *Le sentiment d'appartenance* ; 2) *La stigmatisation* ; et 3) *Le soulagement et outil de coping*. Pour ce faire, nous allons discuter sur les éléments de ces termes centraux en explorant l'importance des relations sociales, l'impact de la stigmatisation, le recours à l'automédication et l'allègement de la dysphorie, le caractère distinct de la marijuana et les besoins perçus en lien avec l'utilisation des services chez les personnes ayant une condition de santé mentale et de toxicomanie.

### **4.1. Le trouble concomitant comme objet représentationnel**

Selon nos connaissances, il n'y a aucune autre étude qui a étudié la représentation sociale du *trouble concomitant*. Notre étude a permis d'explorer cette question et de déterminer que le terme *trouble concomitant* a peu de signification auprès des personnes vivant avec cet étiquetage. Le terme est relativement inconnu et est seulement utilisé en contexte de relation d'aide auprès de professionnels de la santé. Les résultats présentés ont permis de constater que, quand il est

utilisé, le terme *trouble concomitant* désigne l'existence des condition(s) concomitantes de santé mentale et de toxicomanies (s). L'avantage perçu de ce terme est qu'il permet aux participants d'accéder à certains services, particulièrement aux groupes thérapeutiques désignés aux personnes ayant un trouble concomitant. Les participants de notre étude n'utilisent pas ce terme pour parler de leur expérience en tant que personne vivant avec ce diagnostic. Les participants utilisent plutôt la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie en tant qu'objets de représentation distincts quand ils se réfèrent à leur vécu.

Comme l'expliquait notre participante Kim, cette méconnaissance du terme par le public général pourrait être avantageuse pour les personnes ayant un trouble concomitant. Ainsi, puisque le terme trouble concomitant est majoritairement inconnu hors du contexte d'aide, il pourrait être utilisé de manière stratégique afin d'éviter la stigmatisation provenant de la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie. En outre, puisque ce terme est inconnu dans certains milieux, la personne peut décrire son expérience en utilisant le mot trouble concomitant sans peur qu'il va y avoir une représentation sociale déjà préétablie permettant de placer un jugement sur sa personne.

Les représentations sociales sont utilisées par les personnes dans leur environnement social et physique pour comprendre comment agir, mais aussi pour savoir quelles attitudes à adopter face à un phénomène quelconque (Seca, 2005). Utiliser le terme trouble concomitant pour se représenter hors d'un contexte où ce terme est connu peut donc permettre aux participants d'éviter la stigmatisation puisque les gens n'ont pas de « systèmes d'opinions, de connaissances et de croyances » propres formés sur l'objet de représentation sociale (Rateau et Monaco, 2013, p.3). De plus, la stigmatisation est influencée par :

« knowledge about these disorders, the degree of contact or experience that one has had with people with mental and substance use disorders, and media portrayal

of people with mental and substance use disorders, as well as media coverage of tragic events, notably gun violence and suicide » (Swanson et al., 2015 dans Committee SCBHSNBBC, 2016).

Le terme trouble concomitant a été créé afin de mieux catégoriser la situation vécue par les personnes vivant avec une ou des conditions simultanées de santé mentale et de toxicomanie. Les résultats de cette étude permettent de confirmer que *trouble concomitant* reste dans l'esprit des participants dans son acception originale. C'est-à-dire que ce terme est encore utilisé par les praticiens afin de signaler des troubles de santé mentale plus difficiles à traiter en raison de la croissance de problèmes simultanés reliés à la toxicomanie (de Leon, 1989). *Trouble concomitant* reste encore dans les esprits des gens un terme médical réduisant la complexité des conditions simultanées de santé mentale et de toxicomanie et qui permet sa reconnaissance et son traitement (Drake, Osher et Bartels, 1996).

Pour conclure, les résultats présentés dans cette étude dévoilent le fait que la représentation sociale du trouble concomitant n'est pas distincte de la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie. Les personnes ayant reçu ce diagnostic n'attribuent pas beaucoup de signification à ce terme et ils décrivent leur expérience en utilisant les contenus représentationnels associés à la santé mentale et à la toxicomanie. En même temps, la santé mentale et la toxicomanie sont dans leur vision deux réalités ayant plusieurs similarités et étant intimement liées.

## **4.2 L'importance des relations sociales**

Les résultats ont indiqué que les participants ont un besoin profond d'appartenance et de contact avec d'autres personnes. Ce besoin organise à la fois leur expérience de la santé mentale et de la toxicomanie. Il y a eu plusieurs éléments représentationnels qui renvoient à ce besoin d'appartenance. Par exemple, tous les participants ont décrit leur première expérience de

consommation de substance comme étant motivée par des raisons sociales. La première expérience de consommation était motivée par le besoin de se sentir connecter à d'autres, comme créer un lien avec de nouveaux amis, participer à des pratiques familiales ou encore par le désir d'être avec son amoureux. Le discours des participants suggérait donc que l'initiation et le maintien de la consommation de substances résultaient en partie de leur propre désir d'appartenance.

Selon les répondants, la première initiation à une substance a pris place en préadolescence ou en adolescence. Plusieurs études identifient l'influence des pairs comme étant l'un des principaux déterminants de la consommation de substances chez les adolescents (Valente, Gallaher et Mouttapa, 2004). L'influence des pairs est caractérisée par un changement de comportement, comme l'utilisation de substances, chez les personnes visant le rapprochement avec les autres (Fujimoto et Valente, 2012). Selon les études, il y a aussi une corrélation positive significative entre l'exposition à l'utilisation de substances par des amis proches et la probabilité de consommation individuelle de substances (Cleveland et Wiebe, 2003 ; Crosnoe, Muller et Frank, 2004 ; Ennett, Bauman, Hussong, Faris, Foshee et Cai, 2006 ; Urberg, Degirmencioglu et Pilgrim, 1997). Ainsi, les recherches confirment ce que les individus dans notre étude ont rapporté quant à l'influence des amitiés sur la consommation de substances.

De plus, comme certains des participants ont indiqué, la famille a aussi une influence sur la première consommation. Les attitudes parentales sont des déterminants importants des comportements des enfants (Johnson and Pandina, 1991; Yurasek, Brick, Nestor, Hernandez, Graves et Spirito, 2018). Des recherches indiquent que les adolescents qui vivent avec un parent qui consomme de manière problématique ou excessive présentent un risque accru de consommation de substances (Kuntsche et Kuendig 2006 ; Li, Pentz et Chou 2002 ; Mason et

Spoth 2012). D'autres études suggèrent une association plus indirecte par le biais de comportements parentaux, tels qu'un faible contrôle parental, un style de pouvoir autoritaire, un manque de relation parent-enfant positif, un manque de chaleur, une faible implication positive et une discipline négative ou inefficace ; sont tous propices à la consommation de substances chez les adolescents (Burstein, Stanger, Kamon et Dumenci, 2006 ; Hoffmann et Bahr 2014 ; McMorris, Catalano, Kim, Toumbourou et Hemphill, 2011 ; Ryan, Roman et Okwany, 2015 ; Ryan, Jorm et Lubman, 2010). Nous pouvons donc lier cela à l'expérience des participants puisque la plupart d'entre eux ont expliqué qu'ils ont grandi dans un environnement familial où il y avait de la consommation de substances ou même, où cela était fortement encouragé.

Quatre des cinq participants ont expliqué qu'ils étaient abusés lorsqu'ils étaient enfants et que cela est une explication importante pour leur toxicomanie et leur condition de santé mentale. Dans ce sens, une étude par Nomura, Hurd et Pilowsky (2012) a démontré que la maltraitance des enfants était associée à l'initiation plus précoce à la consommation de marijuana, de cocaïne, d'héroïne et à des taux de risque plus élevés pour toutes les drogues. Par ailleurs, la maltraitance des enfants est associée avec des troubles médicaux et fonctionnels accrus, y compris des visites aux urgences, des problèmes de santé, le trafic de drogue et la toxicomanie (Nomura et al., 2012). Un grand nombre de recherches ont aussi démontré que les conflits entre enfants et parents (MacMillan, Niec et Offord, 1995 ; McCord, 1982 ; Dahlberg, 1998) et la maltraitance des enfants sont associés à un risque accru de toxicomanie (Dube et coll., 2001 ; Debellis, 2000 ; Moran, Vuchinich et Hall, 2004 ; Simpson et Miller, 2002) et une initiation précoce à l'utilisation de substances (Hyman, Garcia et Sinha, 2006 ; Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best et Schnurr, 2000 ; Kingston et Raghavan, 2009). Des antécédents parentaux d'anxiété, de dépression et d'alcool sont aussi généralement associés aux troubles de la santé mentale ou

troubles alcooliques chez les enfants (Brook, Balka, Crossman, Dermatis, Galanter et Brook, 2010 ; Eley, Liang, Plomin, Sham, Sterne, Williamson et Purcell, 2004 ; Merikangas, Stevens, Fenton, Stolar, O'Malley, Woods et Risch, 1998; Merikangas, Dierker et Szatmari, 1998; Merikangas, Avenevoli, Dierker et Grillin, 1999). Il y a de nombreuses études démontrant que l'environnement familial et la relation avec les parents ont un impact important sur la toxicomanie et la santé mentale. De toute évidence, les participants perçoivent la relation avec la famille comme une condition importante qui a marqué d'une manière significative leur vécu.

De nombreuses études ont aussi étudié les effets des relations amoureuses sur la consommation de substances et elles révèlent des niveaux élevés de similitude entre les partenaires romantiques en matière de consommation de substances (voir Rhule-Louie et McMahon, 2008). En choisissant des environnements et des relations compatibles, les comportements problématiques des individus peuvent être renforcés et maintenus (Bender et Losel, 1997 ; Caspi et Herbener, 1990 ; Quinton, Pickles, Maughan et Rutter, 1993). Le comportement des partenaires romantiques, comme la toxicomanie, peut avoir un effet réciproque sur le comportement des personnes. Les comportements de consommation de substances des partenaires peuvent donc favoriser l'initiation, le maintien ou l'exacerbation de la toxicomanie chez les individus (Moffit, Caspi, Rutter et Silva, 2001). Ce constat a été confirmé par certains discours des participants de notre étude.

Nos participants cherchaient depuis leur jeune âge une connexion réelle et authentique avec leur entourage. La consommation des substances était en fait un moyen pour eux de s'assurer d'un certain lien avec d'autres personnes et de l'affection. Les relations, surtout avec des personnes significatives, étaient recherchées pour satisfaire leur besoin de respect, d'estime et d'amour (Honneth, 2004). Le sentiment de connexion, d'appartenance à la communauté, est normalement

favorable à un développement sain des personnes. Tout dépend cependant de la qualité des relations que les personnes tissent avec leur entourage. Par exemple, un important corpus de recherches suggère que les relations amoureuses, en particulier les relations de haute qualité, peuvent jouer un rôle positif, car elles constituent un tournant qui facilite le désistement des individus face aux comportements problématiques (Laub et Sampson, 1993). Cependant, ce genre de relation positive avec un partenaire amoureux n'a pas été soulevé spontanément par les participants de notre étude. En effet, les relations stigmatisées et la perception négative provenant des autres membres de la société ont été plus citées par les participants. Ces relations n'ont pas pu permettre une connexion réelle aux autres.

### **4.3 L'impact de la stigmatisation**

Un autre élément qui a été commun à la représentation sociale de la toxicomanie et de la santé mentale est la stigmatisation. Les participants ont expliqué unanimement que la société perçoit en général les personnes ayant un trouble concomitant comme étant « fous » en raison de leur diagnostic et que cette étiquette envahit leur identité personnelle, malgré eux. Cette image est expliquée par les participants comme étant influencée par les médias, car les personnes ayant une condition de santé mentale sont souvent présentées comme étant hors de contrôle et imprévisibles. Des études analysant le contenu des nouvelles et des médias populaires ont montré que la majorité des personnes atteintes de condition de santé mentale et de toxicomanie décrite dans les médias présentent un comportement déviant ou anormal, comme le comportement violent qui est particulièrement lié aux symptômes psychotiques (p. ex. hallucinations et délires). Ce comportement est souvent associé à des cas non traités et plus complexes tels que la

schizophrénie (McGinty et al., 2014 ; Olafsdottir, 2011 ; Wahl, 1995, 2003 ; Wahl et al., 2002, 2003).

Cet étiquetage de « fous » pour ceux ayant une condition de santé mentale est donc combiné avec l'étiquetage de « drogués » associés aux toxicomanes et cela explique pourquoi les personnes ayant un trouble concomitant se sentent doublement stigmatisées. Cet étiquetage de « drogué » associe les participants à des individus paresseux et qui ne font rien de productif, qui n'ont pas de motivation, qui ne sont pas propres et qui n'ont pas d'objectifs dans la vie autre que d'être toxicomane. Bon nombre des stéréotypes présentés par les participants étaient donc similaires à ceux trouvés dans la recherche sur la stigmatisation de la santé mentale et de la toxicomanie (p.ex : fou, dangereux, faible, imprévisible, et à blâmer) (Corrigan et Watson 2005 ; Broussard, Goulding, Talley et Compton, 2012). Certes, les participants ne sont pas d'accord avec ces images d'eux-mêmes provenant de la société en général, car elles contribuent à leur stigmatisation. Cet étiquetage ne correspond cependant pas avec leur perception de soi.

Les participants sont vus ainsi comme de criminels et dangereux en raison de leur condition de santé mentale et de toxicomanie. Selon les participants ces deux conditions sont associées à la dangerosité en raison de la méconnaissance de ces conditions et de la peur de l'inconnu. Par exemple, dans le cas de la toxicomanie spécifiquement, l'image de personne dangereuse ou criminelle est plus facilement attribuée en raison des signes externes plus visibles de la consommation de substances (ex. odeur de la fumée). Par conséquent, les toxicomanes ont l'impression que les gens jugent leur personne. D'autres recherches ont identifié les préjugés associés à la toxicomanie comme la peur, la colère, la pitié et le dégoût (Corrigan et Kosyluk 2014 ; Sheehan et al. 2017).

Selon les participants, la société les perçoit aussi comme des êtres violents et imprévisibles. Ces stéréotypes de violence et d'imprévisibilité sont associés à des niveaux plus élevés de stigmatisation publique envers les personnes atteintes de condition de santé mentale (Martin, Pescosolido et Tuch, 2000 ; Martin, Pescosolido, Olafsdottir, McLeod, 2007 ; Perry, 2011 ; Phelan, Link, Stueve et Pescosolido, 2000). Selon des études, les personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances sont considérées comme encore plus dangereuses et imprévisibles que celles atteintes de schizophrénie ou de dépression (Schomerus, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta et Angermeyer, 2011). Dans une enquête menée aux États-Unis (Link, Struening, Rahav, Phelan et Nuttbrock, 1997), une vaste majorité de personnes interrogées ont estimé qu'il était probable qu'une personne dépendante de la cocaïne ou de l'alcool ferait du mal à d'autres personnes.

Les personnes sont moins susceptibles de souscrire au stéréotype de la violence si elles ont eu un contact direct avec des personnes atteintes de troubles mentaux ou liées à la consommation de substances psychoactives (Jorm et Reavley, 2014). C'est ce message qu'ont véhiculé les participants de manière unanime : il faut apprendre à les connaître avant d'imposer un préjugé à leur personne — telles la dangerosité et la criminalité. Au contraire, tous les participants ont expliqué qu'ils ne veulent pas faire de mal aux autres, car ils sont sensibles à la souffrance et ne souhaiteraient pas de mal aux autres. Au regard des participants, la société les perçoit comme étant des personnes d'autant plus dangereuses et criminelles qu'ils ont le double étiquette de la santé mentale et de la toxicomanie et que chacune de ces conditions enferme leur potentiel de dangerosité et de criminalité.

La stigmatisation associée à cette étiquette de dangerosité a donc des conséquences négatives sur les gens vivant avec un trouble concomitant. Selon les participants de notre étude, la société

adopte des comportements discriminatoires en se distanciant d'eux et puis en limitant certaines de leurs opportunités (ex. logement et emploi). De multiples études font état de nombreux cas de discrimination lors de la recherche d'un logement chez les personnes atteintes de condition de santé mentale (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel et Campbell, 2003 ; Peterson Pere, Sheehan, et Surgenor, 2006). Caltaux (2003) a noté que la stigmatisation intériorisée pouvait nuire aux comportements productifs liés au travail, tels que la recherche d'un emploi et/ou la capacité de performer et de fonctionner sur le lieu de travail. Les personnes atteintes de condition de santé mentale sont donc beaucoup plus probables à être sans emploi que ceux n'ayant pas une condition de santé mentale (Adewuya, Owoeye, Erinfolami et Ola, 2011 ; Corrigan, Tsang, Shi, Lam et Larson, 2010 ; Ngui, Khasakhala, Ndeti et Roberts, 2010 ; Seeman, 2009 ; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius et Leese, 2009). De même, comme dans le cas de la stigmatisation liée à la santé mentale, la limitation des opportunités dans la communauté apparaît également comme une discrimination à l'égard de la toxicomanie (logement, soins de santé, emploi, etc.) (Druss, Rosenheck, Desai et Perlin, 2002 ; Newman et Goldman, 2009).

Les toxicomanes sont aussi stigmatisés pour les coûts économiques substantielles et de multiples problèmes sociaux (Rao, Mahadevappa, Pillay, Sessay, Abraham et Luty, 2009 ; Ronzani, Higgins-Biddle et Furtado, 2009 ; Schomerus Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta et Angermeyer, 2011). La stigmatisation s'accroît encore plus quand elle coexiste souvent avec toute une gamme d'autres problèmes de santé stigmatisés (ex : VIH/sida, virus de l'hépatite C et dans ce cas spécifique — une condition de santé mentale), de comportements potentiellement dangereux (ex. : conduite en éruption cutanée) et de conditions sociales déplorables (ex. : pauvreté et criminalité) (Dean et Rud, 1984). La toxicomanie est aussi souvent traitée comme un problème moral et criminel plutôt que comme un problème de la santé. C'est particulièrement

vrai pour les substances illégales, qui sont perçues plus négativement que les substances légales (Room, 2005).

Les personnes toxicomanes sont plus susceptibles d'être tenues responsable et critiqué pour leur comportement et état d'esprit (Corrigan, Lurie, Goldman, Slopen, Medasani et Phelan, 2005 ; Corrigan, Kuwabara et O'Shaughnessy, 2009). Par exemple, certains de nos participants ont raconté qu'ils ont été blâmés pour leur situation de vie par des professionnels ou par leur entourage. Par conséquent, ces personnes risquent d'être stigmatisées. Cette stigmatisation pousse les personnes vers l'aliénation sociale (Room, 2005) et peut avoir un impact négatif sur de nombreux domaines de la vie, tels que l'emploi, le logement et les relations sociales. Ainsi, la stigmatisation peut contribuer à une multitude de conséquences négatives pour les personnes ayant un trouble concomitant (Link, Struening, Rahav, Phelan et Nuttbrock, 1997).

La stigmatisation pousse les personnes à cacher leur trouble concomitant, car ils recherchent la normalité et une acceptation par les autres. Cette stigmatisation pousse aussi les gens vers l'isolement social. Cet isolement se manifeste de différentes manières, mais est surtout lié à la non-compréhension par les autres. Par conséquent, la majorité des participants de cette étude ont vécu beaucoup de rejet auprès de la famille, des amis et de la société. Cependant, la peur de ne pas être compris est aussi un facteur auto-isolant des participants. Par peur d'abandon ou de jugement, les participants vont s'auto-isoler afin de ne pas avoir besoin d'aborder une conversation difficile afin d'expliquer leur situation. De plus, pour certains, l'anxiété sociale résultant de l'interaction avec d'autres personnes est difficile à gérer et ils vont éviter les situations qui peuvent déclencher cette réaction. Ces résultats de notre étude sont confirmés par d'autres chercheurs qui indiquent que la stigmatisation publique mène à la ségrégation sociale ainsi qu'à une perte d'efficacité personnelle chez les personnes atteintes de troubles mentaux ou

liés à l'utilisation de substances (Corrigan et Shapiro, 2010 ; Parcesepe et Cabassa, 2013 ; Pescosolido et al., 2007). Les croyances stigmatisantes sur la compétence des personnes atteintes de condition de santé mentale compromettent l'autonomie financière de ces personnes, limitent les possibilités et peuvent conduire à un traitement coercitif, tel que la participation obligatoire au traitement (Corrigan et Shapiro, 2010 ; Pescosolido et al., 2007). Comme le soutien social est fondamental pour le rétablissement des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, l'exclusion sociale produite par la stigmatisation contribue plutôt à aggraver leur condition (Room, 2005).

La discrimination à l'égard des personnes ayant un trouble concomitant peut donc être assez déshumanisante. Elles peuvent vivre des situations où les gens vont les éviter et les ignorer (Harangozo et al. 2014). Certaines personnes peuvent aussi manifester une autre forme de comportement déshumanisant, par exemple en les surveillant de près. Nos résultats confirment que les personnes ayant un trouble concomitant perçoivent la méfiance des autres en lien avec des comportements d'évitement et de vigilance accrue envers eux. La recherche confirme aussi que des sentiments tels que la peur et l'indifférence à l'égard de personnes atteintes de ces conditions peuvent donner lieu à davantage de comportements d'évitement (par exemple : Cette personne présente des comportements étranges, je vais partir) et peuvent conduire à des comportements plus suspects (par exemple : Cette personne a déjà volé des objets, je dois donc faire attention quand elle est là. ) (Nieweglowski et al., 2018).

Les résultats de notre étude, confirmés par d'autres chercheurs (Corrigan et Shapiro, 2010 ; Parcesepe et Cabassa, 2013 ; Pescosolido et al., 2007), indiquent que la stigmatisation publique mène à la ségrégation sociale ainsi qu'à une perte d'efficacité personnelle chez les personnes atteintes de troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances. Malgré l'importance du soutien

social pour le rétablissement des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, la stigmatisation contribue au contraire à l'exclusion sociale (Room, 2005).

Certes, il faut reconnaître que pour les participants de notre étude les représentations négatives stéréotypées et stigmatisées que nous avons présentées ici haut sont contradictoires à leur propre représentation d'eux même. Entre autres, aux yeux de certains participants, ils se perçoivent comme des survivants, des personnes fortes, qui ont réussi à croître malgré leurs expériences de vie adverses. Les participants affirment généralement qu'ils sont déçus que les gens posent des jugements sans apprendre à les connaître. Les participants ont aussi décrit certaines situations où ils ressentent moins de stigmatisation. C'est-à-dire, dans certains cas, ceux qui font partie du cercle intime des participants et qui les connaissent mieux, les perçoivent de manière plus positive.

Les participants de notre étude ont expliqué que le sentiment d'isolement social qu'ils ressentent est réduit lorsqu'ils ont des êtres chers qui prennent le temps de comprendre leur expérience. Ces gens sont surtout des gens de l'entourage immédiat de la personne, comme les amis, la famille ou même avec un intervenant. Selon les participants, les personnes qui sont à proximité d'eux font plus preuve d'acceptation de leur état parce qu'ils réussissent à comprendre leur expérience de vie et à surmonter les images qui produisent du stigmatisme. Ces propos témoignent d'un certain effet de proximité qui permet d'alléger la stigmatisation ressentie par les personnes ayant un trouble concomitant.

Allant dans le sens de ces résultats, les recherches démontrent que les réseaux sociaux immédiats des personnes et l'ampleur de leurs contacts avec des personnes atteintes de condition de santé mentale ont une incidence sur leur compréhension de la condition et sur leurs opinions à cet égard (Chandra et Minkovitz, 2006 ; Corrigan et Penn, 1999). Cependant, un contact accru avec

des personnes ayant une condition de santé mentale ne réduit pas nécessairement les croyances stigmatisantes, et certaines études ont montré que le contact avec des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances accroît le niveau de stigmatisation (Lloyd, 2013). La majorité des études ont signalé une attitude plus positive à l'égard des consommateurs de drogues illicites ou ceux ayant une condition de santé mentale après avoir eu des contacts avec eux (Silins et al., 2007 ; Lloyd, 2013 ; Adlaf et al., 2009). De plus, Kulesza et al. (2013) ont constaté que les personnes dont un membre de la famille était atteint d'un trouble lié à la consommation d'alcool ont signalé des niveaux de stigmatisation moins élevés chez ces personnes que celles sans membres de la famille diagnostiqués. Il faut noter cependant que les recherches expliquent ce niveau moins élevé de stigmatisation par l'adoption d'une attitude plus positive envers les personnes atteintes de troubles concomitants et non par un effet d'acceptation de leur comportement (Committee SCBHSNBBC, 2016).

L'essentiel des données disponibles suggère qu'il existe une relation inverse significative entre le contact et le niveau de stigmatisation ; davantage de contacts avec des personnes atteintes de troubles concomitants sont associés à des niveaux moins élevés de stigmatisation liés à ces troubles (Committee SCBHSNBBC, 2016). Mise en commun, ces éléments représentationnels de la stigmatisation vécue permettent de comprendre davantage pourquoi les participants semblent lier leur expérience de trouble concomitant par un désir initial et prolongé d'appartenance, d'acceptation et de contact humain. Cela permet ainsi de comprendre pourquoi les personnes ayant un trouble concomitant recherchent un soulagement suite à la stigmatisation ressentie.

#### **4.4. Automédication et allègement de la dysphorie**

L'idée que la toxicomanie est un moyen de s'adapter aux problématiques issues de la santé mentale est centrale dans le discours des participants. Tous les participants ont expliqué qu'ils consomment une substance pour soulager la dysphorie et parce que la consommation de substances a un effet sur la diminution ou l'augmentation des symptômes. Ceci est en accord avec *le modèle d'abus de substances secondaire* qui suggère que la maladie mentale grave augmente les chances de développer un trouble de consommation de substances (Mueser et al, 1998). Les résultats de notre recherche appuieraient donc surtout la sous-catégorie de ce modèle qui suggère davantage les risques psychosociaux (*automédication et allègement de la dysphorie*) comme lien explicatif entre la santé mentale et la toxicomanie.

Il faut comprendre que selon les participants à notre étude, la santé mentale et la toxicomanie sont intimement liées à un désir de soulager un état général de douleur psychologique (dysphorie) et de contrôler les symptômes résultant de leur condition de santé mentale. Nos résultats expliquent que ce lien est clairement perçu par les participants. Pour eux il est difficile de séparer les deux conditions parce qu'elles sont toutes les deux très liées à leur vécu. Ainsi, lorsque nous avons discuté le lien entre la santé mentale et la toxicomanie, les participants ont spontanément dévoilé qu'ils ont un historique d'abus, de trauma, de tentatives de suicide, d'expériences adverses et de stigmatisation permettant d'expliquer en partie la progression de leur trouble concomitant. Les recherches confirment ce constat, car elles ont mis en évidence cette association entre les événements de la vie stressants ou traumatiques, la détresse psychologique et la consommation de substances (Nordfjærn, Hole et Rundmo, 2010 ; Tate et al., 2008). Par exemple, il y a de multiples recherches précisant que les personnes qui consomment des substances ont souvent subi des traumatismes (Peirce, Burke, Stoller, Neufeld et Brooner,

2009 ; Peirce, Kolodner, Brooner et Kidorf, 2011) et des symptômes de détresse psychologique pourraient agir en tant que médiateurs entre ces événements traumatisants de la vie et la consommation persistante ou accrue de substances (Flynn, Walton, Curran, Blow et Knutzen, 2004; Ullman, Peter-Hagene, Relyea et Vasquez, 2013). Les participants perçoivent donc la consommation comme un outil d'adaptation à ces situations. Cela explique leur désir que la société s'efforce à comprendre leur situation avant de poser un jugement sur eux.

La consommation de substances est donc un outil de *coping* utilisé afin d'augmenter et de diminuer les symptômes. Cette stratégie de *coping* est utilisée afin de stabiliser la tension ressentie chez les personnes entre la perte de contrôle et la gestion de soi résultant des symptômes variés. En d'autres mots, la toxicomanie peut être utilisée à la fois pour soulager ses symptômes et afin de s'automédicamentier et reprendre contrôle sur son état d'être. Dans le cas des participants ayant un trouble concomitant, nous pouvons déduire que la toxicomanie est utilisée comme stratégie d'adaptation visant à éviter le stress et les émotions associées.

Les stratégies de *coping* ou d'adaptation sont définies comme étant l'effort cognitif et comportemental visant à gérer les demandes internes et externes d'une personne ou d'un environnement (Lazarus et Folkman, 1984). Il y a deux grandes catégories de stratégies d'adaptation. Premièrement, il y a les stratégies adaptatives et ciblées pour faire face au stress ou les émotions associées et deuxièmement, il y a le désengagement, les stratégies mésadaptées et destinées à éviter la situation stressante et/ou les émotions associées (Carver et Connor-Smith, 2010 ; Tobin et al., 1989). Ces stratégies sont considérées comme une influence importante dans le développement, l'évolution et le résultat du traitement de troubles concomitants (Kommesch et al., 2016 ; Marquez-Arrico et al., 2015). En fait, plusieurs études ont montré que les personnes souffrant de toxicomanie avaient tendance à moins utiliser les stratégies de *coping* adaptatives

que les personnes non toxicomanes (Coriale et al., 2012 ; Marquez-Arrico et al., 2015 ; Pence et al., 2008). De plus, il y a également de recherches mettant en évidence un lien entre l'utilisation de stratégies de *coping* adaptatives et une consommation moindre de substances, une meilleure observance du traitement (Chung et al., 2001 ; Forys et al., 2007 ; Hasking et al., 2011) et un taux de rechute plus faibles (Anderson et al., 2006 ; Kiluk et al., 2011). L'utilisation de stratégies inadaptées a été liée à une augmentation de la sévérité de la dépendance (Hruska et al., 2011). Ainsi, la consommation de substances est une stratégie mésadaptée pour la gestion de tension ou de stress chez les personnes ayant un trouble concomitant.

La toxicomanie est davantage une stratégie d'adaptation mésadaptée parce que, malgré les avantages perçus, les participants rapportent qu'ils perçoivent également plusieurs conséquences négatives de la toxicomanie, surtout au niveau de la santé physique. Les conséquences négatives principales présentent chez tous les participants étaient cependant de nature psychologique et personnelle, comme le manque de motivation, le manque de soins personnels et le manque de productivité qu'engendre la toxicomanie. Les conséquences sur la santé physique renvoient au fait qu'ils tombent malades facilement et qu'ils ont des problèmes respiratoires multiples, la toux, les lèvres sèche, un manque de souffle et l'asthme. À l'extrême, la consommation de substances était aussi associée avec un risque de mort par l'engagement dans des activités dangereuses (ex. : achat et vente de drogues, criminalité ou risque de surdosage). La consommation était aussi associée occasionnellement à l'augmentation des symptômes de bipolarité chez un des participants (ex. : augmentation de la sévérité des épisodes de manie).

Malgré les conséquences négatives perçues et associées à la toxicomanie chez les participants, ce qui est important de retenir de notre recherche est que le soulagement de la dysphorie et des symptômes ressentis semble être plus important que l'abstinence pour les participants. Il y avait

donc une dualité entre les effets positifs et les effets négatifs qui déterminait une incertitude quant à la nécessité de l'abstinence chez certaines des personnes interviewées. La cessation de la consommation de substances est donc difficile pour les participants parce que la toxicomanie s'avère être un outil de *coping* efficace pour eux et ils craignent ne pas être en mesure d'utiliser cette stratégie de *coping* une fois qu'ils poursuivent l'abstinence. Cet effet se révèle particulièrement fort chez tous les participants plus particulièrement pour l'utilisation de la marijuana.

#### **4.5 La marijuana et son caractère distinct**

Tous les participants de notre étude ont témoigné qu'ils consomment la marijuana et qu'ils ne considèrent pas cette substance comme les autres. Nos résultats ont montré que les personnes ayant un trouble concomitant attribuent un statut spécial à cette substance et que certaines personnes la considèrent plus comme un médicament qu'une drogue illicite. La marijuana est ainsi utilisée par nos répondants pour s'automédicaliser, car elle est perçue par certains d'entre eux comme un médicament efficace pour gérer les symptômes provenant de leur condition de santé mentale. D'autres répondants, par contre, la perçoivent comme une substance néfaste ayant un effet défavorable sur le contrôle de soi et la santé physique. Comme les autres drogues, la marijuana a donc un caractère ambivalent chez les participants.

Cependant, il est important de noter que les études concernant les effets à long terme de la consommation régulière de marijuana sur les conditions de santé mentale restent limitées et mitigées (Guttmanova et al., 2017). En particulier, bien qu'il soit prouvé que la consommation importante de marijuana (c'est-à-dire au moins une fois par semaine) prédit une probabilité accrue de développer la dépression par rapport à la consommation occasionnelle et à la non-

utilisation (Lev-Ran et al., 2014), les mécanismes qui tiennent compte des facteurs de confusion sont nécessaires. Les études longitudinales manquent aussi (Crippa et al., 2009 ; Hall, 2015 ; Lev-Ran et al., 2014 ; Yurasek et Hadley, 2016).

Il faut noter que cette perception peut être influencée par la conjoncture sociopolitique présente au Canada au moment de l'enquête. Ainsi, les entretiens de cette étude ont été complétés en printemps 2018 lors de la préparation de la légalisation du cannabis au Canada. Quelques mois plus tard, le 16 octobre 2018, le cannabis deviendra légal au Canada. Ceci a pu causer des réactions mixtes chez les participants de notre étude, car deux des participants ont noté que l'accès légal à la marijuana pourrait devenir un problème à leur rétablissement. Cependant d'autres anticipaient l'acceptation sociale accrue de cette substance qui suivrait la légalisation.

En ce sens, nous pouvons constater que le Canada, qui a déjà légalisé la marijuana à des fins médicales, peut laisser penser que la marijuana a des indications thérapeutiques générales, notamment pour le traitement des troubles de l'humeur comme l'anxiété. Théoriquement, l'engagement dans l'automédicalisation dépend de l'efficacité, de l'acceptation sociale et des risques juridiques perçus (Akers et al., 1979 ; Armitage et Conner, 2001 ; Harris et Edlund, 2005 ; Keyes et al., 2011) associés à la consommation de substances en tant que médicament. L'adoption de lois légalisant l'utilisation de la marijuana à des fins médicales ou récréatives pourrait donc constituer un indicateur important agissant sur ces facteurs et changeant la perception de cette substance (Brooks, 2006 ; Burstein, 2003 ; Cerda et al., 2012 ; Lipperman-Kreda et Grube, 2009 ; Lipperman-Kreda et al., 2010).

Cependant, l'utilisation thérapeutique de la marijuana pour l'automédicalisation des conditions de santé mentale n'a pas été démontrée comme une pratique positive dans la littérature sur le sujet. Bref, les données limitées disponibles confirment l'efficacité de la marijuana en tant que

traitement de quelques affections médicales (Whiting et al., 2015), ce qui se traduit généralement par un ensemble restreint de symptômes et de troubles non psychiatriques (Sarvet et al., 2018). De plus, les personnes qui se soignent elles-mêmes ont tendance à avoir des dysfonctionnements (Robinson et al., 2009a, b). Par exemple, les personnes présentant un trouble d'anxiété qui s'automédicalisent avec de l'alcool ou de la drogue avaient une qualité de vie liée à la santé mentale inférieure à celle des personnes comparables qui ne pratiquaient pas l'automédicalisation (Robinson et al., 2009a, b). En outre, les personnes qui se soignent elles-mêmes présentent un risque accru de dépendance à la comorbidité étant donné que de nombreux critères de sevrage du cannabis sont des symptômes de dépression ou d'anxiété. Les utilisateurs réguliers peuvent donc utiliser le cannabis pour obtenir un soulagement à court terme des symptômes, ignorant que cela pourrait perpétuer un problème de sevrage à long terme (Sarvet et al., 2018). Ces impacts à long terme, malgré que les participants de notre étude ont rapporté des conséquences négatives résultant de la consommation de substances, sont moindres face à la souffrance ressentie. Ainsi, nos résultats permettent de mettre en relief la complexité de cette réalité qui nécessite une compréhension plus profonde afin d'apprêter les multiples nuances liant la toxicomanie et la santé mentale. Nous procéderons maintenant avec l'élaboration des éléments concernant l'utilisation des services et les besoins perçus chez les participants afin de corroborer ce qui est perçu comme important dans le rétablissement des personnes.

#### **4.6. L'utilisation des services et les besoins perçus**

Après avoir questionné les participants sur l'intervention sociale à privilégier auprès des personnes ayant un trouble concomitant et sur l'utilisation des services, ils ont nommé plusieurs recommandations afin d'améliorer les conditions des personnes vivant cette expérience. Cinq

améliorations sont clairement ressorties : 1) *Le respect et la compréhension* ; 2) *La communication avec les pairs* ; 3) *Le besoin de services spécialisés et diversifiés* ; 4) *L'intégration sociale* et 5) *L'attachement affectif*.

#### **4.6.1 Le respect et la compréhension**

Tous les participants ont affirmé que l'intervention auprès des personnes ayant un trouble concomitant doit nécessairement inclure une attitude d'acceptation, d'empathie, de respect, de patience, d'ouverture d'esprit et d'écoute active chez les intervenants. Ces résultats viennent appuyer les idées fondamentales à ce qui est appelé la thérapie centrée sur la personne. Le fondateur de cette approche, Carl Rogers, affirmait qu'afin de bien réussir la relation thérapeutique, le contexte d'aide nécessitait trois conditions :

« une attitude d'intérêt ouvert (disponibilité intégrale sans préjugé ni à priori) ; une attitude de non-jugement et une intention authentique de comprendre autrui, de penser dans ses termes, de découvrir son univers subjectif, de saisir les significations que la situation a pour lui. » (Turcotte, 2014, p.35)

Ces trois conditions doivent être perçues par la personne cible et l'intervenant doit créer un environnement qui adhère à ces caractéristiques afin de permettre aux personnes cibles de résoudre ces problèmes personnels.

Dans ce même sens, les personnes ont aussi expliqué qu'il doit y avoir un désir de compréhension et une ouverture amplifiée à la situation de la personne permettant aux intervenants de comprendre les expériences individuelles des personnes et se mettre à la place de l'autre. Ils doivent comprendre que le rétablissement prend du temps et que chaque personne mérite d'être reconnue en tant qu'être humain méritant de l'empathie et du respect. Comme l'affirme Turcotte : « Pour que la personne puisse s'exprimer librement, le respect est une attitude essentielle » (2014, p.35). Le respect de la personne et l'empathie sont des valeurs

fondamentales en travail social. Cela permet « d'accueillir la personne dans son intégralité, c'est voir la personne derrière le problème, c'est s'ouvrir à ce qu'elle vit pour éviter la fermeture à ce qu'elle dit » (Turcotte, 2014, p.35).

Les participants ont expliqué que prendre le temps de comprendre intimement les personnes est nécessaire afin d'encourager une relation de confiance avec la personne ayant un trouble concomitant. Ainsi, selon Myers, « les gens nourrissent leur développement en exprimant ouvertement leurs sentiments, en laissant tomber leurs masques, en étant transparents et ouverts » (2007, p.610). Dévoiler ses secrets profonds, confesser ses pires idées, abandonner des notions restrictives et découvrir que tu es quand même accepté agit comme soulagement aigu. L'empathie permet de partager des idées, de refléter sur nos propres sentiments et enrichit toutes les relations entre deux personnes. Ces attitudes fondamentales désirées par les participants sont nécessaires dans l'interaction avec les intervenants. Cela permettant à la personne de développer un lien de confiance avec autrui et de se sentir accueillie. Cependant, cette attitude d'acceptation ne doit pas être développée seulement par les intervenants en contexte d'intervention. Les personnes ayant un trouble concomitant ont besoin également de l'acceptation de leurs pairs, qui peut aussi avoir plusieurs effets bénéfiques.

#### **4.6.2 Communication avec les pairs**

Les participants ont aussi expliqué que la communication avec les pairs est un besoin perçu en matière d'intervention puisque c'est un moyen de partager leurs expériences, de trouver de la validation de leur vécu similaire aux autres, de trouver des outils de *coping* et de donner sens à leur vie. Tous les participants de notre recherche ont donc expliqué que les groupes thérapeutiques sont très importants pour eux puisque cela leur a permis de trouver un milieu

acceptant et de partager leurs expériences avec un groupe de gens qui comprennent personnellement leurs difficultés vécues. Les participants ont souligné l'importance de bénéficier du soutien de leurs pairs, car ils vivaient des expériences de vie commune dans le présent ou dans le passé. Offrir des connaissances expérientielles à d'autres personnes atteintes de santé mentale ou de toxicomanie est considérée dans la littérature comme une forme de soutien unique et spécialisée (Solomon, 2004). Des études antérieures ont suggéré que, lorsque des personnes confrontées à des situations similaires rencontrent des difficultés et partagent leurs points de vue, cela peut entraîner un sentiment d'empowerment (Borkman, 1999) et un lien social unique (Ketokivi, 2009).

D'autres études auprès de gens ayant un condition de santé mentale, ceux ayant un diagnostic ont avoué que leurs expériences avec leur propre santé mentale leur permettaient d'aider leurs pairs à mieux gérer leur condition, ce qui va dans le sens de notre étude (Shattell, Andes et Thomas, 2008 ; Bouchard, Montreuil et Gros, 2010). Selon certains de nos participants, la thérapie de groupe est aussi utile afin d'explorer différents outils de *coping* pour la gestion des émotions et pour aider les personnes à trouver un objectif de vie. La thérapie de groupe a plusieurs avantages pour les personnes ayant un trouble concomitant, selon la recherche. Elle permet de fournir un soutien positif aux pairs ayant des problèmes similaires, de réduire la stigmatisation, de renforcer la responsabilisation, de fournir de la rétroaction sur les problèmes interpersonnels et de redonner espoir grâce au succès des autres (American Group Psychotherapy Association, 2007 ; Center for Substance Abuse Treatment, 2005 ; Sobell et Sobell, 2011 ; Wenzel, Liese, Beck et Friedman-Wheeler, 2012 ; Yalom et Leszcz, 2005). La communication avec les pairs et les services réunissant les gens avec des vécus similaires sont importants pour

les participants. À ce sujet, les participants notent qu'ils désirent plus d'accès à ces services, mais aussi à d'autres services qui pourraient être bénéfiques dans leur parcours de santé.

### **4.6.3 Services spécialisés et diversifiés**

Quelques participants ont soulevé le besoin d'augmenter le nombre de services spécialisés et diversifiés qui leur sont offerts, mais aussi d'utiliser les services existants en lien avec ce qui a aidé les personnes dans le passé. Leurs opinions à ce sujet n'étaient pas unanimes. En effet, elles différaient d'une personne à une autre et différaient selon la problématique en question : soit la santé mentale ou la toxicomanie. *Grosso modo*, les participants recommandaient en lien avec la toxicomanie : l'utilisation de la thérapie pour remplacement de la nicotine, l'utilisation des centres de gestion de sevrage, la détoxification, les maisons de seconde étape et le logement sobre. Les recommandations en ce qui est de services pour la santé mentale incluaient : la thérapie individuelle, avoir le soutien d'un travailleur social, utiliser les ressources à l'hôpital Royale d'Ottawa (les groupes thérapeutiques, les services internes et les services externes), faire de la méditation et faire de la thérapie d'art. Certains des participants encourageaient aussi un style de vie actif (faire de l'exercice, bien manger et avoir un emploi). De plus, certains participants souhaitent une augmentation des ressources pour les gens ayant des troubles jugés plus sévères et complexes comme le syndrome de stress post-traumatique, car ils jugeaient que ces services étaient rares ou inexistantes.

N'ayant pas directement posé de question sur les obstacles au sein des services, nous ne sommes pas en mesure de présenter d'information sur ce sujet. Notre échantillon était composé de personnes qui étaient activement engagées dans leur rétablissement et qui avaient déjà participé à certains programmes destinés aux personnes ayant un trouble concomitant donc cela a peut-être

atténué des réponses spontanées sur ce sujet. Nous avons observé par contre que les participants considèrent que les services doivent être adaptés à l'individu et qu'ils doivent changer d'une personne à l'autre en accord avec son vécu personnel. Ils expliquaient qu'il n'y a pas de programme universel favorisant le rétablissement des personnes ayant un trouble concomitant et qu'il faut prendre en considération la situation unique de tous afin de comprendre ce qui serait le plus bénéfique pour eux. Bref, la nature très complexe des troubles concomitants, avec de nombreuses combinaisons possibles de conditions mentales et de dépendances à considérer étant donné l'hétérogénéité des problématiques regroupées sous le terme de trouble concomitant (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010) fait en sorte qu'il est difficile pour les gens de généraliser une trajectoire de soins précise.

Cependant, il y avait un désir chez les participants d'avoir plusieurs services variés et diversifiés disponibles afin que la personne trouve ce qui fonctionne pour elle et un désir pour une augmentation de programmes pour des conditions de santé mentale considérées comme plus sévères, car il est difficile de trouver ces ressources. Les services doivent donc être flexibles et centrés sur le client pour maximiser l'accessibilité au traitement pour les personnes atteintes de troubles concomitants, en particulier ceux qui font face à des obstacles structurels au traitement (Kola et Kruszynski, 2010). Ceci correspondrait idéalement à une trajectoire de soins intégrés pour les troubles concomitants auprès des personnes. Cependant, même si cette trajectoire de soins est idéale pour les personnes, en réalité ce n'est pas tous les services qui sont en mesure d'offrir un tel programme. En d'autres mots, même s'ils désirent le faire, les services n'ont pas toujours les fonds ou l'expérience professionnelle pour mettre cela en place (Novotná, 2014). Certains de nos participants ont donc noté qu'ils sont conscients qu'il y a un manque de fonds en santé mentale et qu'ils doivent souvent attendre pour accéder à certains programmes. Notre

participante Kim a soulevé que même s'il y a des programmes spécialisés disponibles, il y a souvent des coûts exorbitants associés qui augmentent la difficulté d'y accéder.

Il est donc important de reconnaître que même si le traitement intégré est idéal, il comporte aussi ses propres défis. Malgré ses avantages reconnus, la mise en œuvre effective du traitement intégré dans la pratique clinique a pris de temps (Carroll, 2012; Institute of Medicine, 2015). Un sondage mené aux États-Unis en 2014 a révélé que seulement 8,9 % des personnes ayant un trouble concomitant recevaient des soins de santé mentale et des traitements de toxicomanie spécialisés (United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015). Les participants de notre étude ont quand même mentionné plusieurs programmes qui leur ont été utiles dans leur parcours de soins. Selon notre recherche, il n'est donc pas clair si la révision et l'adaptation des cadres de services existants sont nécessaires pour fournir un traitement efficace aux personnes ayant un trouble concomitant ou si l'amélioration de la collaboration entre des services séparés suffit. Cependant, il est clair qu'augmenter les services spécialisés et leur diversification est un des besoins importants perçus pour les participants. Il est aussi important de noter que les participants ne souhaitent pas seulement accéder à ce type de service, mais qu'ils souhaitent aussi accéder à des occasions favorables permettant l'intégration sociale.

#### **4.6.4 Intégration sociale**

L'intégration sociale des participants est un besoin important en matière d'intervention. Plus précisément, l'intégration au milieu académique, au milieu d'emploi et l'accès au logement ont été suggérés. La recherche sur le sujet affirme que les problèmes de santé et un faible revenu constituent des obstacles à la participation à des activités sociales et accroissent l'isolement et

l'exclusion, ainsi que la dévaluation sociale et personnelle (Ramon, 2001). L'intégration entre les personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'autres groupes de personnes peut contrecarrer la ségrégation ressentie dans la communauté (Aubry et Myner, 1996; Granerud et Severinsson, 2003). Les personnes qui ont un réseau social favorable connaissent un meilleur rétablissement d'une maladie grave que celles qui ne disposent pas d'un système de soutien social aussi puissant (Granerud et Severinsson, 2006). Participer activement à une situation sociale, par exemple dans un club, un environnement de travail ou un milieu académique, crée un sentiment d'appartenance et favorise la solidarité de groupe, l'harmonie culturelle, la possibilité de participer à de nouveaux groupes et de faire l'expérience d'un soutien mutuel où chacun s'entraide. Cela conduit souvent à une perspective positive et à une récupération plus rapide (Bengtsson-Tops, 2001; Hardiman et Segal, 2003). Certaines des personnes participants à notre recherche expliquaient qu'être dans le même environnement de soins que d'autres personnes vivant des difficultés similaires, surtout dans un contexte hospitalier, n'était pas toujours propice à leur bien-être. Ils ont expliqué qu'ils désirent être intégrés socialement hors du contexte d'aide afin qu'ils développent des liens affectifs avec des gens à l'extérieur du milieu de soins de santé et de services sociaux. Dans le même sens, Eide et Roysamb (2002) constatent que l'intégration sociale permet la création d'un milieu sain offrant différents moyens d'augmenter l'activité sociale et d'étendre le réseau social qui à leur tour permet de maîtriser les problèmes de santé mentale de ces personnes et d'accroître ainsi leur capacité de travail. L'intégration sociale réduit la stigmatisation et permet aux personnes ayant un trouble concomitant de créer des liens affectifs avec d'autres.

#### **4.6.5 Attachement affectif**

Un dernier besoin perçu en matière d'intervention chez les participants est le besoin d'attachement affectif. Les personnes ont expliqué qu'avoir un animal de compagnie permet de combler ce besoin d'attachement. Cela agit comme source importante d'amour résultant dans une augmentation du sentiment de bien-être chez les personnes. Selon la recherche, il a été constaté que les animaux fournissent aux personnes un soutien social réduisant le stress ou atténuant le stress (Serpell, 2000, p.15). Le soutien social a un effet positif sur l'aptitude à faire face aux facteurs de stress normaux de la vie ; ainsi avoir un animal de compagnie permet aux personnes d'améliorer leur bien-être mental (Parshall, 2003).

Avoir une relation avec un être dont ils doivent prendre soin leur permet de ressentir un amour inconditionnel et les aide à donner un sens à leur vie. Ces animaux sont perçus comme des membres de famille qui les acceptent malgré le fait qu'ils ont une condition de santé mentale ou de toxicomanie. Leur compagnie leur offre un sentiment de sécurité, d'intégration sociale avec des personnes partageant les mêmes intérêts, une réassurance de leur utilité en tant que personne parce que les animaux ont besoin de l'aide de leurs maîtres et un sentiment d'alliance fiable parce que l'animal peut compter sur son maître pour l'aider. Par conséquent, l'attachement à un animal de compagnie représente une relation durable, une source de soutien social ainsi qu'un lien relationnel émotionnel et affectif fort pour les personnes (Krause-Parello, 2008).

Nous avons examiné de plus près les résultats de cette recherche afin de les corroborer avec les recherches portant sur ces sujets. Notre discussion a permis d'examiner le trouble concomitant comme objet représentationnel, de démontrer l'importance des relations sociales, l'impact de la stigmatisation, l'automédication et l'allègement de la dysphorie, la marijuana et son caractère distinct et l'utilisation des services et les besoins perçus pour les personnes ayant une condition

de santé mentale et de toxicomanie. Nos résultats nous permettent d'affirmer que les participants ont un besoin profond d'empathie, de respect, de communication avec les pairs, de services diversifiés et intégrés, d'intégration sociale et d'attachement affectif et que ces besoins peuvent être expliqués par un corpus de recherche varié. Nous allons procéder dans notre dernier chapitre à la conclusion de ce mémoire en répondant à notre question de recherche initiale, en proposant des implications pour l'intervention sociale et la recherche ainsi qu'en fournissant des pistes de recherches futures.

## **CHAPITRE 5: CONCLUSION**

La présente étude exploratoire s'est intéressée à la question suivante : *quelle est la représentation sociale du trouble concomitant de personnes ayant reçu ce diagnostic ?* Dans le but de répondre à cette question, nous nous sommes fixé plusieurs objectifs de recherche : appréhender comment la santé mentale, la consommation de substances et le trouble concomitant sont compris par les personnes ayant un trouble concomitant et d'explorer le rapport des usagers face à l'utilisation de services. Nous voulions dégager un discours alternatif, non réducteur, orienté davantage sur l'acceptation et la valorisation de l'expérience vécue de l'individu.

Selon nos résultats, les personnes ayant une condition de santé mentale et de toxicomanie expliquent leur expérience par les trois thèmes centraux suivants : 1) *le sentiment d'appartenance*, 2) *la stigmatisation* et 3) *le soulagement et le coping*. Nous avons pu corroborer nos résultats avec d'autres recherches scientifiques. Nous avons ensuite approfondi ces thèmes en examinant le trouble concomitant comme objet représentationnel, en démontrant l'importance des relations sociales, l'impact de la stigmatisation, l'automédication et l'allègement de la dysphorie, la marijuana et son caractère distinct et l'utilisation des services et les besoins perçus pour les personnes ayant une condition de santé mentale et de toxicomanie. En lien avec l'utilisation des services, nous avons pu constater que les participants ont un besoin profond pour l'empathie, le respect, la communication avec les pairs, les services diversifiés et intégrés, l'intégration sociale et l'attachement affectif. D'ailleurs, ces besoins sont connus et étudiés par un corpus de recherche varié.

### **5.1 Implications pour l'intervention sociale**

Les connaissances issues de ce mémoire pourraient être utiles aux intervenants qui œuvrent auprès des personnes ayant un diagnostic de santé mentale et de toxicomanie. Tout d'abord, nous

souhaitons que les données tirées de notre recherche puissent améliorer la compréhension de cette problématique et permettre d'adapter les interventions afin de bien répondre aux besoins de ces personnes.

Il faut bien comprendre que le terme trouble concomitant regroupe plusieurs vécus différents. C'est un terme qui est utile dans le milieu de santé pour désigner une certaine réalité vécue, mais il est impossible de décrire l'expérience de ces personnes sous ce seul étiquetage. Il faut reconnaître, comme ont indiqué tous les participants, qu'il ne faut pas réduire l'expérience des personnes ayant un trouble concomitant à des problèmes psychologiques et physiques et qu'il faut apprendre à les connaître avant de recourir à des jugements.

Cette recherche a démontré que les expériences personnelles de personnes sont intimement liées à leur diagnostic de santé mentale et de toxicomanie. Il s'avère donc primordial de souligner aux intervenants qu'un des aspects les plus importants pour les personnes ayant un trouble concomitant est de recevoir de l'empathie et du respect provenant de la part des intervenants. Cela permet à ces personnes de se sentir acceptée, de créer un lien de confiance et de surmonter les obstacles auxquelles elles font face.

Il est aussi essentiel de reconnaître que les personnes ayant un trouble concomitant ont « survécu » des systèmes de traitement et de mortification. Ils ont donc subi des processus de dévaluation, déshumanisation, de médicalisation et d'exclusion. De plus, ils ont souvent vécu des situations adverses (ex. historique d'abus ou de tentatives de suicide) et sont doublement stigmatisées en raison de leur diagnostic de toxicomanie et de condition santé mentale. Dans l'intervention il faut donc chercher à créer des opportunités (comme la thérapie de groupe ou par les pairs, animaux thérapeutiques, l'aide à l'emploi ou l'aide au logement) favorisant

l'acceptation sociale, l'intégration sociale et l'attachement affectif afin de contrer les processus négatifs vécus par ces personnes.

Finalement, la réalisation de ces recommandations pour l'intervention sociale doit être soutenue par une volonté politique donnant suite à des engagements déclarés et des lois. Un projet de sensibilisation aux enjeux posés par les conditions de santé mentale et de toxicomanie pour la population en général serait ainsi très bénéfique. Une diffusion plus large des données scientifiques et du matériel éducatif sur la santé mentale et la toxicomanie permettrait de lutter contre la stigmatisation et la discrimination produites dans les médias sensationnalistes. Plus de récits permettant de normaliser la santé mentale et la toxicomanie amèneront ces conditions « cachées » à l'avant-scène et réduiront le stigmate. D'autres recherches sont nécessaires pour mieux connaître la condition subjective des personnes ayant un trouble concomitant.

## **5.2 Pistes de recherches futures**

Cette recherche n'a pas répondu à tous nos questionnements concernant cet objet d'étude. Plus d'études sont nécessaires. À cause de contraintes de temps et de ressources, les limites de cette étude sont nombreuses et il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus en raison de la taille de l'échantillon retenu. Les recherches futures devraient comprendre un échantillon plus grand et diversifié. Comme notre recherche est de nature exploratoire, il serait important d'approfondir davantage l'étude de la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie. Les résultats de cette recherche permettront de vérifier et de nuancer nos résultats. Il serait aussi intéressant de reprendre cette étude auprès des intervenants et la société en général. Cela permettrait d'observer les différences entre la représentation sociale de la santé mentale et de la toxicomanie auprès des gens vivant avec un trouble concomitant et ceux qui n'ont pas vécu cette expérience.

Bien que la tendance actuelle réside à découvrir les meilleures pratiques auprès de personnes ayant un trouble concomitant, nous suggérons que des recherches plus poussées soient effectuées au niveau des besoins des personnes avec un diagnostic de trouble concomitant. L'impact des relations thérapeutiques, de l'attachement affectif et de la stigmatisation sur le bien-être des personnes ayant un trouble concomitant sont autant des sujets à explorer.

Ce mémoire a été une occasion de faire entendre et de valoriser le discours des personnes vivant l'expérience du trouble concomitant. En offrant un moyen aux personnes de s'exprimer sur leur expérience vécue, nous souhaitons que ce mémoire leur offre la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Nous espérons que cette étude contribue à mieux comprendre les réalités représentées par les personnes ayant un trouble concomitant et que cela stimule plus de discussions sur leurs expériences vécues au quotidien.

## Bibliographie

- Abou-Saleh, M. T. et Janca, A. (2004). The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 16 (1), 3–8.
- Abric, J.-C. (1994). « L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique », dans C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Paris : Delachaux et Niestlé, 43-84.
- Abric, J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses universitaires de France.
- Adams, M. W. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: A review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (2), 101–108.
- Addington, J. et Duchak, V. (1997). Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 329-333.
- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O. et Ola, B. A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos Nigeria International. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418–427.
- Adlaf, E. M., Hamilton, H. A., Wu, F. et Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: Effects of age and drug use behaviour. *Addictive Behaviors*, 34(4), 360-364.
- Akers, R. L., Krohn, M. D., Lanza-Kaduce, L. et Radosevich, M. (1979). Social Learning and Deviant Behavior: A Specific Test of a General Theory. *American Sociological Review*, 44(4), 636-655.
- Alshenqeeti, H. (2014). Interviewing as a Data Collection Method : A Critical Review. *English Linguistics Research*, 3(1).
- American Group Psychotherapy Association (2007). *Practice guidelines for group psychotherapy*. New York, NY: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. (Fifth ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Anderson, K. G., Ramo, D. E. et Brown, S. A. (2006). Life Stress, Coping and Comorbid Youth: An Examination of the Stress-Vulnerability Model for Substance Relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(3), 255-262.
- Anthony, J. C. et Helzer, J. E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. Dans L. N. Robins et D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (p. 116-154). New York : Free Press.

- Armitage, C. J. et Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. (2005). *Lignes directrices pour une pratique conforme à la déontologie*. Ottawa. 1-36
- Aubry T. et Myner J. (1996). Community integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15, 5-20
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L. et Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 217-229.
- Bender, D. et Losel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Bengtsson-Tops A. (2001). Severely mentally ill individuals living in the community. Doctoral thesis, Lund University, Lund.
- Berman, S. M. et Noble, E. P. (1993). Childhood antecedents of substance misuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 6(3), 382-387.
- Bernadt, M. W. et Murray, R. M. (1986). Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: What are the links? *British Journal of Psychiatry*, 148, 393-400.
- Bidaut-Russell, M., Bradford, S. E. et Smith, E. M. (1994). Prevalence of mental illnesses in adult offspring of alcoholic mothers. *Drug and Alcohol Dependence*, 35(2), 81-90.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Armand Collin.
- Borkman, T. J. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press.
- Bouchard, L., Montreuil, M. et Gros, C. (2010). Peer Support among Inpatients in an Adult Mental Health Setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(9), 589-598.
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L. et Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis; Hove*, 10(1), 13-24.
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A. et Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: what can we learn from the brain? *Addiction*, 105 (10), 1698-1706.

- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J. et Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95–101.
- Britten, N. (2006). Qualitative Interviews. Dans C. Pope et Nicholasys (Éd.), *Qualitative Research in Health Care*. Blackwell Publishing Ltd. 12-20.
- Brook, J. S., Balka, E. B., Crossman, A. M., Dermatis, H., Galanter, M., et Brook, D. W. (2010). The Relationship between Parental Alcohol Use, Early and Late Adolescent Alcohol Use, and Young Adult Psychological Symptoms: A Longitudinal Study. *The American Journal on Addictions*, 19(6), 534-542.
- Brooks, C. (2006). Voters, Satisficing, and Policymaking: Recent Directions in the Study of Electoral Politics. *Annual Review of Sociology*, 32(1), 191-211.
- Broussard, B. M., Goulding, S. L., Talley, C. T. et Compton, M. (2012). Social Distance and Stigma Toward Individuals With Schizophrenia: Findings in an Urban, African-American Community Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 935-940.
- 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 Management Review*, 35(3), 212-223.
- Burstein, P. (2003). The Impact of Public Opinion on Public Policy: A Review and an Agenda. *Political Research Quarterly*, 56(1), 29-40.
- Burstein, M., Stanger, C., Kamon, J. et Dumenci, L. (2006). Parent psychopathology, parenting, and child internalizing problems in substance-abusing families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 97–106.
- Caltaux, D. (2003). Internalized stigma: A barrier to employment for people with mental illness. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(12), 539–543.
- Carey, K. B. et Carey, M. P. (1995). Reasons for drinking among psychiatric outpatients: Relationship to drinking patterns. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(4), 251.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., Carey, M. P. et Simons, J. S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: Clinicians' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 189-198.
- Carey, M. (2012). *Qualitative Research Skills for Social Work*. London : Routledge.
- Carroll, K. M. (2012). Dissemination of evidence-based practices: How far we've come, and how much further we've got to go. *Addiction*, 107, 1031–1033.

- Carver, C. S. et Connor-Smith, J. (2009). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704.
- Caspi, A. et Herbener, E. S. (1990). Continuity and change: Assortative marriage and the consistency of personality in adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 250-258.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Cerdá, M., Wall, M., Keyes, K. M., Galea, S. et Hasin, D. (2012). Medical marijuana laws in 50 states: Investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1), 22-27.
- Chandra, A. et Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754.e1-754.e8.
- Checinski, K. (2002). Treatment strategies and interventions. Dans Rassool, G. (Ed) *Dual Diagnosis: Substance Misuse and Psychiatric Disorders*. Oxford, MA: Blackwell Science.
- Chen, C., Balogh, M., Bathija, J., Howanitz, E., Plutchik, R. et Conte, H. R. (1992). Substance abuse among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 60-64.
- Cherry, A. L. (2008). Mixing Oil and Water: Integrating Mental Health and Addiction Services to Treat People with a Co-occurring Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(3), 407-420.
- Chorlton, E. et Smith, I. C. (2016). Understanding How People with Mental Health Difficulties Experience Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 51(3), 318-329.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100.
- Clark, R.E., Ricketts, S.K. & McHugo, G.J. (1999). Legal system involvement and costs for persons in treatment for severe mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 50, 641 – 647.
- Cleveland, H. H. et Wiebe, R. P. (2003). The moderation of adolescent-to-peer similarity in tobacco and alcohol use by school levels of substance use. *Child Development*, 74(1), 279-291.
- Coenen, M., Stamm, T., Stucki, G. et Cieza, A. (2012). Individual interviews and focus groups in patients with rheumatoid arthritis: a comparison of two qualitative methods. *Quality of Life Research*, 21(2), 359-370.

- Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, Board on Behavioral, C. and S. S., Division of Behavioral and Social Sciences and Education, & National Academies of Sciences, E. and M. (2016). *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders : The Evidence for Stigma Change*. Washington, DC : National Academies Press.
- Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F. et Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: A mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1224-1229.
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G. et Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54(8), 1105-1110.
- Corrigan, P.W. (Ed.). (2005). *On the stigma of mental illness*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. et Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136(2-3), 153-162.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K. et Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56 (5), 544-550.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K. et Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 56, 551-556.
- Corrigan, P. W. (2006). Mental Health Stigma as Social Attribution : Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A. et O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147.
- Corrigan, P. W. et Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- Corrigan, P. W., Tsang, H. W., Shi, K., Lam, C. S. et Larson, J. (2010). Chinese and American employers' perspectives regarding hiring people with behaviorally driven health conditions: The role of stigma. *Social Science & Medicine*, 71 (12), 2162-2169.
- Corrigan P.W. et Kosyluk K.A. (2014). Mental illness stigma : types, constructs, and vehicles for change. In: Corrigan PW, editor. *The stigma of disease and disability: understanding*

- causes and overcoming injustice. Washington DC: American Psychological Association; 35–56.
- Crippa, J. A., Zuardi, A. W., Martín-Santos, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P. et Fusar-Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24(7), 515-523.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. et Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Crosnoe, R., Muller, C. et Frank, K. (2004). Peer context and the consequences of adolescent drinking. *Social Problems*, 51(2), 288-304.
- Cuffel, B. J. (1996). Comorbid substance use disorder : Prevalence, patterns of use, and course. *New Directions for Mental Health Services*, 1996(70), 93-105.
- Dahlberg, L. L. (1998). Youth Violence in the United States: Major trends, risk factors, and prevalent approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 259–272.
- Dean, J. C. et Rud, F. (1984). The drug addict and the stigma of addiction. *The International Journal of the Addictions*, 19(8), 859–869.
- Deans, C. et Soar, R. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 268–274.
- DeBellis, M. D. (2000). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155–170.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse: What is being learned in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21(2), 177–188.
- Democny, A. (2016). La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16 (180), 32–37.
- Dennison, S. J. (2003). *Handbook of the dually diagnosed patient: psychiatric and substance use disorders*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Denzin, N. K et Lincoln, Y.S. (2008). The landscape of qualitative research. 3e éd. Los Angeles, CA : Sage.
- De Rosa, A. S. (1987). The social representations of mental illness in children and adults. In W.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J. et Frances, A. (1990). Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (1), 69.

- Doise et S. Moscovici (Eds.), *Current issues in social psychology*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Drake, R. E. et Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, Vol. 14: The consequences of alcohol* (pp. 285–299). New York : Plenum.
- Drake, R. E., Osher, F. C. M. D. et Wallach, M. A. (1989). Alcohol Use and Abuse in Schizophrenia: A Prospective Community Study. *Journal of Nervous*, 177(7), 408-414.
- Drake, E.R., Osher, F.C., et Wallach, M.A. (1991). Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408 – 414.
- Drake, R. E., Osher, F. C. et Bartels, S. J. (1996). The “dually diagnosed.” Dans W. R. Breakey (Ed.), *Integrated mental health services: Modern community psychiatry*. New York : Oxford University Press. 339–352.
- Drake, E.R. et Wallach, M.A. (1989). Substance use among the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041 – 1046.
- Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1993). Moderate Drinking Among People With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 44 (8), 780-782.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M. et Perlin, J. B. (2002). Quality of Preventive Medical Care for Patients with Mental Disorders. *Medical Care*, 40(2), 129-136.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. et Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of American Medical Association*, 286, 3089–3096.
- Echabe, A. E., Guede, E. F., Guillen, C. S. et Garate, J. F. V. (1992). Social representations of drugs, casual judgment and social perception. *European Journal of Social Psychology*, 22(1), 73-84.
- Eide A. et Røysamb E. (2002). The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. *Rehabilitation Psychology*, 47, 165–183.
- Eley, T. C., Liang, H., Plomin, R., Sham, P., Sterne, A., Williamson, R., & Purcell, S. (2004). Parental Familial Vulnerability, Family Environment, and Their Interactions as Predictors of Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 298-306.
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Hussong, A., Faris, R., Foshee, V. A., Cai, L., et al. (2006). The peer context of adolescent substance use: findings from social network analysis. *Journal of Research on Adolescence*, 16(2), 159-186.
- Farina, A. et Felner, R.D. (1973). Employment interviewer reactions to former mental patients.

- Journal of Abnormal Psychology; 82, 268–272.
- Fergusson, D. M. P. D., Horwood, L. J. M. S. et Lynskey, M. T. M. S. (1994). Parental Separation, Adolescent Psychopathology, and Problem Behaviors. *Journal of the American Academy of Child*, 33(8), 1122-1133.
- Fink, P.J., et Tasman, A. (1992). Stigma and mental illness. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Flynn, H. A., Walton, M. A., Curran, G. M., Blow, F. C. et Knutzen, S. (2004). Psychological distress and return to substance use two years following treatment. *Substance Use & Misuse*, 39(6), 885–910.
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary nurse*, 37(2), 241–252.
- Forys, K., McKellar, J. et Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680.
- Foster, J. L. H. (2003). Beyond Otherness: Controllability and Location in Mental Health Service Clients' Representations of Mental Health Problems. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 632-644.
- Foucault, M. (1971). *Folie et déraison: Histoire de la folie à l'âge classique*. France, Paris.
- Freed, E. X. (1970). Alcoholism and manic-depressive disorders: Some perspectives. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 31, 62–89.
- Freed, E. X. (1975). Alcoholism and schizophrenia: The search for perspectives. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 853–881.
- Frith, H. et Gleeson, K. (2011). Qualitative Data Collection : Asking the Right Questions. Dans D. Harper et A. R. Thompson (Éd.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy*. John Wiley & Sons, Itée. 55-67.
- Fujimoto, K. et Valente, T. W. (2012). Social network influences on adolescent substance use : Disentangling structural equivalence from cohesion. *Social Science & Medicine*, 74 (12), 1952-1960. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.009>
- Gafoor, M. et Rassool, H.G. (1998). The coexistence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 497 – 502.
- Gershon, E. S., DeLisi, L. E., Hamovit, J., Nurnberger, J. I., Maxwell, M. E., Schreiber, J. et Guroff, J. J. (1988). A Controlled Family Study of Chronic Psychoses: Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45(4), 328-336.

- Gershon, E. S., Hamovit, J., Guroff, J. J., Dibble, E., Leckman, J. F., Sceery, W. et Bunney, W. E. (1982). A Family Study of Schizoaffective, Bipolar I, Bipolar II, Unipolar, and Normal Control Probands. *Archives of General Psychiatry*, 39(10), 1157-1167.
- Gill, D. L. (2011). Beyond the qualitative–quantitative dichotomy: notes from a non-qualitative researcher. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 3(3), 305-312.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. et Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204 (6), 291-295.
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G. et Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health*, 11(1), Article 796. doi:10.1186/1471-2458-11-796
- Grafham E., Matheson C. et Bond C.M. (2004) Specialist drug misuse nurse’s motivation, clinical decision-making and professional communication: an exploratory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 690–697.
- Graham, H. L. (1998). The Role Of Dysfunctional Beliefs In Individuals Who Experience Psychosis And Use Substances: Implications For Cognitive Therapy And Medication Adherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 193-208.
- Granerud, A. et Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community - the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 288-293.
- Granerud A. et Severinsson E. (2003). Preserving integrity – experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood. *Nursing Ethics*, 10, 603–614.
- Gregg, L., Barrowclough, C. et Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 494-510.
- Guttmannova, K., Kosterman, R., White, H. R., Bailey, J. A., Lee, J. O., Epstein, M., Jones, T.M., Hawkins, J. D. (2017). The association between regular marijuana use and adult mental health outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 109-116.
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110(1), 19-35.
- Hambrecht, M. et Häfner, H. (1996). Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 40, 1155–1163.
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J., Sartorius, N., Rose, D. et Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with

- schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359-366.
- Hardiman E.R. et Segal S.P. (2003) Community membership and social networks in mental health self-help agencies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 25–33.
- Harris, K. M. et Edlund, M. J. (2005). Self-Medication of Mental Health Problems: New Evidence from a National Survey. *Health Services Research*, 40(1), 117-134.
- Hasking, P., Lyvers, M. et Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36(5), 479-487.
- Hawkins David J, Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Helzer, J. E., Burnam, A., & McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (p. 81–115). New York: Free Press.
- Hendrickson, E. (2006). *Designing, implementing, and managing treatment services for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders : Blueprints for action* (Haworth addictions treatment). New York : Haworth Press.
- Hendrickson, E., Schmal, M. S. et Ekleberry, S. C. (2004). *Treating co-occurring disorders : A handbook for mental health and substance abuse professionals* (Haworth addictions treatment). New York: Haworth Press.
- Hewitt J. et Coffey M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 561–570.
- Hoffmann, J. P. et Bahr, S. J. (2014). Parenting style, religiosity, peer alcohol use, and adolescent heavy drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75, 222–227.
- Holland, M. (1998). Substance use and mental health problems: meeting the challenge. *British Journal of Nursing*, 7 (15), 896 – 901.
- Hruska, B., Fallon, W., Spoonster, E., Sledjeski, E.M. et Delahanty, D.L. (2011). *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 405-414
- Hyman, S. M., Garcia, M. et Sinha, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 655–664.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, (102), 23-34.

- Institute of Medicine. (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*. Washington, DC : National Academies Press.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociales : phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1991). *Madness and social representations*. Trans. T. Pownall. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Johnson, V. et Pandina, R. J. (1991). Effects of the Family Environment on Adolescent Substance Use, Delinquency, and Coping Styles. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(1), 71-88.
- Jorm, A. F. et Reavley, N. J. (2014). Public belief that mentally ill people are violent: Is the USA exporting stigma to the rest of the world? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(3), 213-215.
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. Statistique Canada, no 82-003-X au catalogue *Rapports sur la santé*, 28 (8), 3-9.
- Khantzian, E. J. (1987). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Dans *The cocaine crisis* (p. 65–74). Springer.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. et Anthony, J. C. (1997). Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101-1119.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Ketokivi, K. (2009). Sharing the same fate. *European Societies*, 11, 391–410.
- Keyes, K. M., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Bachman, J. G., Li, G. et Hasin, D. (2011). The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976–2007. *Addiction*, 106 (10), 1790-1800.

- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. et Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19–30.
- Kiluk, B. D., Nich, C. et Carroll, K. M. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 114(2), 169-176.
- Kingston, S. et Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 50–57.
- Kola, L. A. et Kruszynski, R. (2010). Adapting the integrated dual-disorder treatment model for addiction services. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28, 437–450.
- Kommesch, M., Wagner, M., Pützfeld, V., Berning, J., Janssen, B., Decker, P., Bottlender, R., Möller, H-J., Klosterkötter, J. et Bechdolf, A. (2016). Coping as a predictor of treatment outcome in people at clinical high risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 17-27.
- Krause-Parello, C. A. (2018). Human-Animal Connections and Nursing Science: What Is the Relationship? *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 239-242.
- Kulesza M., Larimer M.E. et Rao, D. (2013) Substance use related stigma: What we know and the way forward. *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 2(2):782.
- Kuntsche, E. N. et Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41(1), 71–86.
- Kvaternik, I. et Grebenc, V. (2009). The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. *European Journal of Social Work*, 12(4), 509-521.
- Lazarus, R.S et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York.
- Laub, J. H. et Sampson, R. J. (1993). Turning points in the life course: Why change matters to the study of crime. *Criminology*, 31, 301–325.
- Lehman, A. F. M. D., Myers, C. P. M. A., Corty, E., & Thompson, J. M. D. (1994). Severity of Substance Use Disorders among Psychiatric Inpatients. *Journal of Nervous*, 182(3), 164-167.
- Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu : de la théorie à la pratique : la méthode Morin-Chartier*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Levesque, M., Negura, L., Moreau, N., Laflamme-Lagoke, M. (2018). L'influence de l'identité linguistique, de l'âge et du sexe sur la représentation sociale des services de santé mentale chez les personnes dites dépressives. *Revue Minorités linguistiques et société*. 9,

118-142.

- Lev-Ran, S., Roerecke, M., Foll, B. L., George, T. P., McKenzie, K. et Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 44(4), 797-810.
- Li, C., Pentz, M. A. et Chou, C. P. (2002). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction*, 97, 1537-1550.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. et Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, J.C., Stueve, A. et Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Lipperman-Kreda, S. et Grube, J. W. (2009). Students' perception of community disapproval, perceived enforcement of school antismoking policies, personal beliefs, and their cigarette smoking behaviors: Results from a structural equation modeling analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(5), 531-539.
- Lipperman-Kreda, S., Grube, J. W. et Paschall, M. J. (2010). Community Norms, Enforcement of Minimum Legal Drinking Age Laws, Personal Beliefs and Underage Drinking: An Explanatory Model. *Journal of Community Health*, 35(3), 249-257.
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 20(2), 85-95.
- MacMillan, H. L., Niec, A. C. et Offord, D. R. (1995). Child physical abuse: Risk indicators and prevention. *Recent Advances in Pediatrics*, 14, 53-68.
- Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., Delmo, C. et Heun, R. (1995). The relationship between bipolar disorder and alcoholism: a controlled family study. *Psychological Medicine*, 25(4), 787-796.
- Majer, J. M., Payne, J. C. et Jason, L. A. (2015). Recovery Resources and Psychiatric Severity Among Persons with Substance Use Disorders. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 437-444.
- Mannoni, P. (2012). *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I. et Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(3), 752-759.

- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S. et McLeod, J. D. (2007). The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 50-67.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A. et Tuch, S. A. (2000). Of Fear and Loathing: The Role of « Disturbing Behavior, » Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223.
- Mason, W. A. et Spoth, R. L. (2012). Sequence of alcohol involvement from early onset to young adult alcohol abuse: differential predictors and moderation by family-focused preventive intervention. *Addiction*, 107 (12), 2137–2148.
- Mayer, R., et Saint-Jacques, M. - C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M. - C. Saint-Jacques et D. Turcotte (Éds), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 115-133). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Maynard, C. et Cox, G.B. (1998). Psychiatric hospitalisation of persons with dual diagnosis: estimates from two national surveys. *Psychiatric Services*, 49, 1616 – 1617.
- McCord, J. (1982). A longitudinal view of the relationship between paternal absence and crime. In: J. Gunn et D. P. Farrington (Eds.), *Abnormal offenders, delinquency and the criminal justice system* (pp. 113–128). New York : John Wiley & Sons.
- McGillion, J., Wanigaratne, S., Feinmann, C., Godden, T., et Byrne, A. (2000). GPs9 attitudes towards the treatment of drug misusers. *British Journal of General Practice*, 50(454), 385–386.
- McGinty, E. E., Webster, D. W., Jarlenski, M. et Barry, C. L. (2014). News Media Framing of Serious Mental Illness and Gun Violence in the United States, 1997-2012. *American Journal of Public Health*, 104(3), 406-413.
- McLaughlin D. et Long A. (1996). An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 283–288.
- McLellan, A. T. et Druley, K. A. (1977). Non-random relation between drugs of abuse and psychiatric diagnosis. *Journal of Psychiatric Research*, 13(3), 179-184.
- McMorris, B. J., Catalano, R. F., Kim, M. J., Toumbourou, J. W. et Hemphill, S. A. (2011). Influence of family factors and supervised alcohol use on adolescent alcohol use and harms: similarities between youth in different alcohol policy contexts. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(3), 418–428.
- Merikangas, K. R., Stevens, D. E., Fenton, B., Stolar, M., O'Malley, S., Woods, S. W., & Risch, N. (1998). Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 28(4), 773-788.

- Merikangas, Kathleen R, Dierker, L. C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among Offspring of Parents with Substance Abuse and/or Anxiety Disorders : A High-risk Study, 10.
- Merikangas, Kathleen Ries, Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523-1535.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. et Silva, P. A. (2001). *Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moggi, F. (2005). Etiological theories on the relationship of mental disorders and substance use disorders. In R. Stohler et W. Rössler (Eds.), *Dual diagnosis: The evolving conceptual framework* (pp. 15-30). Basel, Switzerland: Karger.
- Moran, P. B., Vuchinich, S. et Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 28, 565–574.
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on social representations*, 4(1). 41-52.
- Morant, N. (1998). The social representations of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information*, 37(4), 663–685.
- Morrison, J. R. M. D. (1975). The family history of manic-depressive patients with and without alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 160(3), 227-229.
- Morse, J. (2004). « Theoretical saturation », dans M. Lewis-Beck, A. Bryman et T. Liao (dir.), *Encyclopedia of Social Science Research Methods*, Thousand Oaks, CA : Sage, 1123 — 1124.
- Morse, J. (2015). « Data Were Saturated . . . ». *Qualitative Health Research*, 25(5), 587-588.
- Moscovici S. (1984). Introduction. Le domaine de la psychologie sociale. Dans : Moscovici S, editor. *Psychologie Sociale*. Paris : Presses Universitaires de France. 5–24.
- Moscovici, S. (1989). Préface. Dans Jodelet, D. (Ed.) *Folie et Représentations Sociales*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Mucchielli, A. et Paillé, P. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Collin, 231-313 (ISBN : 978-2-200-24904-5)
- Mueser, K. T., Bellack, A.S. et Blanchard, J.J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: its implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 845 – 856.

- Mueser, K. T., Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*, 23(6), 717–734.
- Mueser, K. T., Nishith, P., Tracy, J. I., DeGirolamo, J. et Molinaro, M. (1995). Expectations and motives for substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 367–378.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R. et Bellack, A. S. (1992). Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(1), 48-55.
- Myers, D. G. (2007). *Psychologie* (éd. 8ième). Holland, Michigan, États-Unis : Médecin-Sciences Flammarion. doi:ISBN : 978-2-2571-7533-5
- Myrick, H., Cluver, J., Swavely, S. et Peters, H. (2004). Diagnosis and treatment of co-occurring affective disorders and substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 649-659.
- Negura, L. et Maranda, M.-F. (2004). L'intégration socioprofessionnelle des toxicomanes : les représentations sociales des gestionnaires d'entreprises. *Recherches sociographiques*, 45(1), 129.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies*. Consulté à l'adresse <http://journals.openedition.org/sociologies/993>
- Negura, L., Moreau, N. et Boutin, E. (2014). L'identité dépressive et le jugement social : la représentation sociale réduit-elle l'accès aux services de santé mentale des jeunes francophones canadiens en contexte minoritaire?. Dans Doucet, M.-C. et Moreau, N (Eds.), *Penser les liens entre santé mentale et société. Les voies de la recherche en sciences sociales* (pp. 122-145). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Newman, S. et Goldman, H. (2009). Housing Policy for Persons With Severe Mental Illness. *Policy Studies Journal*, 37(2), 299-324.
- Nieweglowski, K., Corrigan, P. W., Tyas, T., Tooley, A., Dubke, R., Lara, J., Washington, L., Sayer, J. et Sheehand, L. The Addiction Stigma Research Team. (2018). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 323-329.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndeti, D. et Roberts, L.W. (2010). Mental disorders health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, 22(3), 235–244.
- Noordsy, D. L., Drake, R. E. D., Teague, G. B., Osher, F. C., Hurlbut, S. C., Beaudett, M. S. et Paskus, T. S.. (1991). Subjective Experiences Related to Alcohol Use among Schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 410-414.

- Nordfjærn, T., Hole, R. et Rundmo, T. (2010). Interrelations between patients' personal life events, psychosocial distress, and substance use. *Substance Use & Misuse*, 45(7/8), 1161–1179.
- Novotná, G. (2013). Institutionalizing integrated treatment for concurrent disorders: Creating new organizational discourse. *Health Care Management Review*, 38(1), 51–60.
- Olafsdottir, S. (2011). Medicalization and Mental Health: The Critique of Medical Expansion, and a Consideration of How Markets, National States, and Citizens Matter. Dans *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness* (p. 239-260). 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd.
- Owen, R.R., Fischer, E.P., Booth, B.M., Cuffel, B.J. (1996). Medication non-compliance and substance use among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853 – 858.
- Page, S. (1977). Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 9, 85–90.
- Parcesepe, A. M. et Cabassa, L. J. (2013). Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(5), 384-399.
- Parshall, D. P. (2003). Research and Reflection: Animal-Assisted Therapy in Mental Health Settings. *Counseling and Values*, 48(1), 47-56.
- Peirce, J. M., Burke, C. K., Stoller, K. B., Neufeld, K. J. et Brooner, R. K. (2009). Assessing traumatic event exposure: Comparing the traumatic life events questionnaire to the structured clinical interview for DSM-IV. *Psychological Assessment*, 21(2), 210–218.
- Peirce, J. M., Kolodner, K., Brooner, R. K. et Kidorf, M. S. (2011). Traumatic event re-exposure in injecting drug users. *Journal of Urban Health*, 89(1), 117–128.
- Pence, B. W., Thielman, N. M., Whetten, K., Ostermann, J., Kumar, V. et Mugavero, M. J. (2008). Coping Strategies and Patterns of Alcohol and Drug Use among HIV-Infected Patients in the United States Southeast. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(11), 869-877.
- Pescosolido, B. A., Fettes, D. L., Martin, J. K., Monahan, J. et McLeod, J. D. (2007). Perceived Dangerousness of Children With Mental Health Problems and Support for Coerced Treatment. *Psychiatric Services*, 58(5), 619-625.
- Perry, B. L. (2011). The Labeling Paradox: Stigma, the Sick Role, and Social Networks in Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 460-477.
- Peterson, D., Pere, L., Sheehan, N. et Surgenor, G. (2006). Experiences of mental health discrimination in New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 18–25.

- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E. et Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1), 1-11.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. et Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207.
- Phillips P. et Labrow J. (2000). Dual diagnosis – does harm reduction have a role? *International Journal of Drug Policy*, 11, 279–283.
- Pirlot, G. (2013). Chapitre 1 - Prémices conceptuelles de l'addiction : la psychanalyse freudienne. Dans : , G. Pirlot, *Psychanalyse des addictions* (pp. 31-90). Paris: Armand Colin.
- Pristach, C. A. et Smith, C. M. (1996). Self-reported effects of alcohol use on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47 (4), 421-423.
- Quinton, D., Pickles, A., Maughan, B. et Rutter, M. (1993). Partners, peers, and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 763–783.
- Rabkin, J.G. (1972). Opinions about mental illness. *Psychological Bulletin*, 77, 153–171.
- Ramon S. (2001). Defining community: meaning and ideologies. In: *Textbook of Community Psychiatry* (eds Thornicroft, G. et Szmukler, G.), pp. 29–40. Oxford University Press, Oxford.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A. et Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279–284.
- Rateau, P. et Monaco, G. L. (2013). La théorie des représentations sociales : orientations conceptuelles, camps d'applications et méthodes. *CES Psicología*, 6 (1), 1–21..
- 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. *JAMA*, 264 (19), 2511-2518.
- Rhule-Louie, D. M. et McMahon, R. J. (2007). Problem Behavior and Romantic Relationships: Assortative Mating, Behavior Contagion, and Desistance. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(1), 53-100.
- Ridgely, M. S., Goldman, H. H. et Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 123.
- Ritzler, B. A., Strauss, J. S., Vanord, A. et Kokes, R. F. Prognostic implications of various drinking patterns in psychiatric patients. (1977). *American Journal of Psychiatry*, 134(5),

546-549.

- Rivest, M.-P., Roy, M., Moreau, N., Martel, A., Negura, L., Nault, G., Larose-Hébert, K. (2018). If You're a Parasite, Then You're Not Normal” : Exploring Perceptions of Normality with Individuals who have Experienced Depression. *Sociology and technoscience*, 14(1), 1-28.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J. et Bolton, J. (2009a). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 38-45.
- Robinson, J. A., Sareen, J. J., Cox, B. M. et Bolton, J. (2009b). Correlates of Self-Medication for Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(12), 873-878
- Rogers, A., Pilgrim, D. et Lacey, R. (1993). *Experiencing psychiatry: Users' views of services*. London : Macmillan, in association with MIND Publications.
- Rojas, J. I. (2013). A Venn diagram heuristic for working with co-occurring disorders and trauma. *Mental Health and Substance Use*, 6(3), 262-271.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J. et Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine* (1982), 69 (7), 1080–1084.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143–155.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Dennis, K. et Somers, J. (2008). Prevalence of Co-occurring Substance Use and Other Mental Disorders in the Canadian Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-9.
- Ryan, J., Roman, N. V. et Okwany, A. (2015). The effects of parental monitoring and communication on adolescent substance use and risky activity: a systematic review. *TOFAMSJ*, 7, 12–27.
- Ryan, S. M., Jorm, A. F. et Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 774–783.
- Ryrie, I., et McGowan, J. (1998). Staff perceptions of substance use among acute psychiatry in-patients. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5(2), 137–142.
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, Ont. : Santé Canada.
- Sarvet, A. L., Wall, M. M., Keyes, K. M., Olfson, M., Cerdá, M. et Hasin, D. S. (2018). Self-medication of mood and anxiety disorders with marijuana: Higher in states with medical marijuana laws. *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 10-15.

- Saunders W. et Marsh A. (1999) Harm reduction and the use of current illegal drugs: some assumptions and dilemmas. *Journal of Substance Use*, 4, 3–9.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C. et Miller, A. H. (2004). Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 167-174.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. et Angermeyer, M. C. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.
- Seca, J.-M. (2005). *Les représentations sociales*, Paris, Armand Colin.
- Seeman, M. V. (2009). Employment discrimination against schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 80, 9–16.
- Serino, C. (1987). Entre normal et différent : Aspects du lien soi/autrui dans le processus de représentation sociale. In G. Bellelli (Ed.), *La représentations sociale de la maladie mentale*. Naples : Ligouri.
- Serpell, J. A. (2000). Animal companions and human well-being: An historical exploration of the value of human-animal relationships. In A. Fine (Ed.), *Animal-assisted therapy* (pp. 3-18). San Diego, CA: Academic Press.
- Shattell, M. M., Andes, M. et Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, 15, 242–250.
- Sheehan L., Nieweglowski K., Corrigan P.W. (2017). Structures and types of stigma. In: Gaebel W, Rossler W, Sartorius N, editors. *The stigma of mental illness: end of story?* New York: Springer International Publishing, 43–66.
- Shelton, C. et Smith, A. (2015). On the qualities of qualitative research. *Journal Canadien d'anesthésie*, 62 (1), 3-7.
- Silins, E., Conigrave, K., Rakvin, C., Dobbins, T. et Curry, K. (2007). The influence of structured education and clinical experience on the attitudes of medical students towards substance misusers. *Drug and Alcohol Review*, 26(2), 191-200.
- Simpson, T. L. et Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology*, 22, 27–77.
- Sobell, L. C. et Sobell, M. B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. New York, NY: Guilford.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer guided services: Underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 392–401.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour.

- British Journal of Psychiatry*, 176, 345 – 350.
- Swanson, J., Holzer, C. et Ganju, V. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiological catchment area survey. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 796 – 770.
- Tate, S.R., Wu, J., McQuaid, J.R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M. et Brown, S. A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 47–57
- Thomas, B. (1995). Caught in the frontline. *Nursing Times*, 91, 38 – 39.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford : Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. et the INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408–415.
- Thornicroft, A., Goulden, R., Shefer, G., Rhydderch, D., Rose, D., Williams, P., Thornicroft, G., Henderson, C. (2013). Newspaper coverage of mental illness in England 2008–2011. *British Journal of Psychiatry*, 202, 64–70. doi:10.1192/bjp.bp.112.112920
- Tiet, Q. et Mausbach, B. (2007). Treatments for Patients With Dual Diagnosis: A Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 513-536.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. et Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361.
- Todd Crump, M. et Milling, R. N. (1996). The Efficacy of substance abuse education among dual-diagnosis patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(2), 141-144.
- Todd F.C., Douglas Sellman J. et Robertson P.J. (2002). Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 792–799.
- Tracy, J. I., Josiassen, R. C. et Bellack, A. S. (1995). Neuropsychology of dual diagnosis: understanding the combined effects of Schizophrenia and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 15(2), 67-97.
- Tsuang, M. T., Simpson, J. C. et Kronfol, Z. (1982). Subtypes of Drug Abuse With Psychosis: Demographic Characteristics, Clinical Features, and Family History. *Archives of General Psychiatry*, 39(2), 141-147.

- Ullman, S.E., Peter-Hagene, L., Relyea, M. et Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviours*, 38(6), 2219–2223
- United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Receipt of services for behavioral health problems: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Author.
- Urberg, K. A., Degirmencioglu, S. M. et Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology*, 33(5), 834–844.
- Valente, T. W., Gallaher, P. et Mouttapa, M. (2004). Using social networks to understand and prevent substance use: a transdisciplinary perspective. *Substance Use & Misuse*, 39(10–12), 1685–1712.
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. Piscataway, NJ, US: Rutgers University Press.
- Wahl, O.F. (1999a). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467–478.
- Wahl, O.F. (1999 b). *Telling is risky business: Mental health consumers confront stigma*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Wahl, O. E., Wood, A. et Richards, R. (2002). Newspaper Coverage of Mental Illness: Is It Changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(1), 9–31.
- Wahl, O. F. (2003). News Media Portrayal of Mental Illness: Implications for Public Policy. *American Behavioral Scientist*, 46(12), 1594–1600.
- Wahl, O., Wood, A., Zaveri, P., Drapalski, A. et Mann, B. (2003). Mental illness depiction in children's films. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 553–560.
- Wenzel, A., Liese, B. S., Beck, A. T. et Friedman-Wheeler, D. G. (2012). *Group cognitive therapy for addictions*. New York, NY: Guilford.
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Nisio, M. D., Duffy, S., Hernandez, A. V., Keurentjes, J.C., Lang, S., Misso, K., Ryder, S., Schmidtkofer, S., Westwood, M., Kleijnen, J. (2015). Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 313(24), 2456–2473.
- Yalom, I. D. et Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

Yurasek, A. M. et Hadley, W. (2016). Commentary: Adolescent Marijuana Use and Mental Health Amidst a Changing Legal Climate. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(3), 287-289.

Yurasek, A. M., Brick, L., Nestor, B., Hernandez, L., Graves, H. et Spirito, A. (2018). The Effects of Parent, Sibling and Peer Substance Use on Adolescent Drinking Behaviors. *Journal of Child and Family Studies*.

## Annexe A- Formulaire de consentement

**Titre:** La représentation sociale du trouble concomitant de personnes qui ont reçu ce diagnostic.

**Chercheure principale :**

social

Natasha Crête  
Étudiante à la maîtrise en service  
social  
École de service social  
Faculté des sciences sociales  
Université d'Ottawa  
120 Université, Pavillon des sciences  
sociales, pièce 12031  
Ottawa, ON  
K1N 6N5  
(613) 291-9886  
ncret079@uottawa.ca

**Superviseur :**

Lilian Negura, PhD  
Professeur agrégé  
École de service social  
Faculté des sciences sociales  
Université d'Ottawa  
120 Université, Pavillon des sciences  
sociales, pièce 12031  
Ottawa, ON  
K1N 6N5  
(613) 562-5800 poste 2020  
lilian.negura@uottawa.ca

**Invitation :** Vous êtes invité à participer au projet nommé ci-haut qui est mené par Natasha Crête, étudiante à la maîtrise en service social de l'Université d'Ottawa, sous la supervision de Lilian Negura, professeur agrégé de l'école de service social à l'Université d'Ottawa.

**Détails de la participation:** Votre participation à cette étude demandera que vous entrepreniez une entrevue individuelle avec questions ouvertes et enregistrées sur fichier audio. Cette entrevue s'effectuera dans une seule visite et durera entre 45 et 90 minutes. Notez bien que vous aurez l'occasion de demander des pauses lors de l'entrevue, et ce, selon vos besoins. Cette entrevue sera réalisée dans la région d'Ottawa en Ontario. Elle se déroulera dans un milieu neutre - soit dans un parc public, dans un local à l'Université d'Ottawa ou dans un des locaux de la bibliothèque publique de la région d'Ottawa, selon votre préférence. L'entretien pourrait aussi avoir lieu dans les locaux de l'organisme de recrutement (l'Association canadienne pour la santé mentale).

**Participation volontaire :** Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous demanderai de remplir la fiche signalétique ci-jointe. Ceci devrait vous prendre cinq minutes. Le fait de remplir ce formulaire de consentement indique votre acceptation de participer à ce projet. S'il vous plaît, nous retourner le formulaire à la fin de l'entrevue. Vous pouvez vous retirer du projet en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront supprimées et déchiquetées sur demande.

**Objectif :** Ce projet de recherche vise à mieux comprendre la façon dont les personnes ayant un trouble concomitant perçoivent ce diagnostic à travers leur expérience.

**Avantages :** Votre participation à cette étude contribuera à mieux comprendre les réalités représentées par les personnes ayant un trouble concomitant. Vous aurez l'occasion de faire entendre votre voix et de la valider. Cette étude contribuera à l'avancement des connaissances et stimulera plus de discussions sur les expériences vécues au quotidien par les personnes ayant un trouble concomitant.

**Désavantages :** Votre participation à cette recherche implique que vous donniez de l'information personnelle. Il est possible qu'elle crée de l'inconfort émotionnel et psychologique (ex. anxiété, stress, tristesse, perte de confiance ou regret relatifs à la divulgation de renseignements personnels) en raison de la nature sensible du sujet de recherche. Nous ferons tout notre possible pour minimiser ces risques. La chercheuse principale vous fournira des coordonnées pour les organismes communautaires du secteur qui offrent des services de soutien.

**Confidentialité et anonymat :** L'information que vous partagerez restera strictement confidentielle. Le contenu ne sera utilisé que pour mieux comprendre la réalité de personnes ayant un trouble concomitant et seules les personnes suivantes y auront accès : Natasha Crête et Lilian Negura. Toutes les informations que vous communiquerez, incluant l'enregistrement, seront conservées dans un endroit verrouillé auquel seuls la chercheuse principale et le superviseur de recherche y auront accès. La chercheuse principale (Natasha Crété) prendra les précautions nécessaires pour assurer votre anonymat et votre confidentialité. De plus, toute information susceptible de compromettre votre anonymat sera censurée ou supprimée du verbatim. Quant à votre nom, il sera remplacé par un pseudonyme.

**Conservation des données :** Les données collectées pendant l'entrevue, telles que les enregistrements audio, seront cryptées, transférées sur une clé USB protégée par un mot de passe et supprimées de l'enregistreur de la chercheuse principale. Par la suite, la transcription du verbatim sera faite dans un endroit sûr où seul la chercheuse principale et le superviseur du principal document de recherche, si nécessaire, peuvent entendre les enregistrements audio. Le verbatim sera également crypté et transféré sur une clé USB protégée par un mot de passe. En outre, le fichier qui contiendra les enregistrements audio et le verbatim sera protégé par un mot de passe auquel seuls la chercheuse principale et le principal responsable du document de recherche auront accès. La clé USB (contenant les enregistrements audio et le verbatim), les notes de terrain de la chercheuse, les formulaires de consentement et toute autre donnée empirique seront stockés dans un classeur verrouillé dans le bureau du principal responsable de

la recherche et également verrouillé. Toutes les données empiriques ci-dessus seront conservées pendant une période de cinq (5) ans suivant le dépôt du mémoire de la chercheuse principale.

**Compensation :** Pour votre participation à l'étude, vous allez recevoir un cadeau d'usage (carte cadeau de 25 \$ au Tim Hortons). Si vous vous retirez de l'étude, vous recevrez tout de même cette compensation.

**Consentement:** Je, \_\_\_\_\_, accepte de participer à l'étude de recherche ci-dessus menée par Natasha Crête, sous la supervision de Lilian Negura, professeur agrégé de l'Université d'Ottawa.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale (Natasha Crête) au numéro suivant : (613) 291-9886 ou par courriel à [ncret079@uottawa.ca](mailto:ncret079@uottawa.ca).

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, vous pouvez vous adresser au Responsable de l'éthique en recherche à l'Université d'Ottawa, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou [ethique@uottawa.ca](mailto:ethique@uottawa.ca).

Il y aurait deux copies du formulaire de consentement, une pour le participant et une pour la chercheuse principale.

Signature du participant :

\_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_

Signature de la chercheuse principale :

\_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_

## Annexe B- Consent form

**Title:** The social representation of concurrent disorders from people who have received this diagnosis.

**Principal Investigator:**

Natasha Crête  
Master's student in social work  
School of Social Work  
Faculty of Social Sciences  
University of Ottawa  
120 University, Social Science  
Building, Room 12031  
Ottawa, ON  
K1N 6N5  
(613) 291-9886  
ncret079@uottawa.ca

**Supervisor:**

Lilian Negura, PhD  
Associate Professor  
School of Social Work  
Faculty of Social Sciences  
University of Ottawa  
120 University, Social Science  
Building, Room 12031  
Ottawa, ON  
K1N 6N5  
(613) 562-5800 ext. 2020  
lilian.negura@uottawa.ca

**Invitation:** You are invited to participate in the project named above which is led by Natasha Crête, Master of Social Work Student at the University of Ottawa, under the supervision of Lilian Negura, Associate Professor at the School of Social Work at the University of Ottawa.

**Details of participation:** Your participation in this study will require that you undertake an individual interview with open-ended questions that will be recorded on audio file. This interview will take place in one visit and will last between 45 and 90 minutes. Please note that you will have the opportunity to request breaks during the interview, according to your needs. This interview will be conducted in the Ottawa region of Ontario. It will take place in a neutral environment - either in a public park, in a room at the University of Ottawa or in an Ottawa Public Library room, depending on your preference. The interview

could also take place on the premises of the recruiting organization (the Canadian Mental Health Association).

**Voluntary Participation:** If you agree to participate in this project, I will ask you to complete the attached analytical form. This should take you five minutes. Completing this consent form indicates your acceptance to participate in this project. Please return the form at the end of the interview. You can withdraw from the project at any time, and / or refuse to answer certain questions, without suffering any negative consequences. If you choose to opt out of the study, the data collected until then will be deleted and shredded upon request.

**Purpose:** This research project aims to better understand how people with concurrent disorders perceive their diagnosis through their experience.

**Benefits:** Your participation in this study will contribute to a better understanding of the realities presented by people with a concurrent disorder. You will have the opportunity to have your voice heard and validated. This study will contribute to the advancement of knowledge and stimulate more discussion about the everyday experiences of people with concurrent disorders.

**Disadvantages:** Your participation in this research requires that you relate some personal information. It may create emotional and psychological discomfort (eg, anxiety, stress, sadness, loss of confidence, or regret about disclosure of personal information) because of the sensitive nature of the research topic. We will do everything possible to minimize these risks. The principal investigator will provide you with contact information for community organizations in the area that provide support services.

**Confidentiality and anonymity:** The information you will share will remain strictly confidential. The content will only be used to better understand the reality of people with concurrent disorders and only the following people will have access: Natasha Crête and Lilian Negura. All information that you provide, including the audio recording, will be kept in a locked place in which only the Principal Investigator and the Research Supervisor will have access to it. The Principal Investigator (Natasha Crête) will take the necessary precautions to ensure your anonymity and confidentiality. In addition, any information likely to compromise your anonymity will be censored or deleted from the verbatim. As for your name, it will be replaced by a pseudonym.

**Data Retention:** Data collected during the interview, such as audio recordings, will be encrypted, transferred to a password-protected USB key, and deleted from the principal investigator's recorder. Subsequently, the transcription of the verbatim will be done in a safe place where only the principal investigator and the research supervisor, if necessary, can hear the audio recordings. The verbatim will also be encrypted and transferred to a USB key that is protected by a password. In addition, the file containing the audio recordings and the verbatim will be protected by a password to which only the principal investigator and the research supervisor will have access. The USB key

(containing the audio recordings and the verbatim), the researcher's field notes, consent forms and any other empirical data will be stored in a locked cabinet in the main researcher's office and also locked. All of the above empirical data will be retained for a period of five (5) years following the submission of the Principal Investigator's major research project.

**Compensation:** For your participation in the study, you will receive a participation gift ( 25\$ gift card at Tim Hortons). If you withdraw from the study, you will still receive this compensation.

**Consent:** I, \_\_\_\_\_, agree to participate in the above research study conducted by Natasha Crête, under the supervision of Lilian Negura, Associate Professor at the University of Ottawa.

For additional information regarding this study, please contact the Principal Investigator (Natasha Crête) at (613) 291-9886 or by email at [ncret079@uottawa.ca](mailto:ncret079@uottawa.ca).

For more information on the ethical aspects of this research, please contact the University of Ottawa Research Ethics Officer, 550 Cumberland Street, Room 154, (613) 562-5387 or [ethique@uottawa.ca](mailto:ethique@uottawa.ca).

There are two copies of the consent form, one for the participant and one for the principal investigator.

Signature of the participant:

Date :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature of the Principal Investigator:

Date :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Annexe C : Ressources disponibles

### Ressources disponibles

<b>Organisations</b>	<b>Coordonnées des ressources</b>	<b>Descriptions</b>
<b>Ligne de crise en santé mentale</b>	613-722-6914 à l'extérieur d'Ottawa : 1-800-463-6273 www.crisisline.ca	Bénévoles qui offrent du soutien en cas de crise et acheminent les appels à l'équipe mobile de crise, au besoin (ouvert 24 h/7jours). Service confidentiel et gratuit.
<b>Le Centre de détresse d'Ottawa et la région (en anglais)</b>	613-238-3311 www.dcottawa.on.ca	Réponds aux appels de ceux qui demandent de l'aide. Lignes téléphoniques confidentielles et sans jugement (ouvert 24 h/7jours). Service confidentiel et gratuit.
<b>Centre de gestion du sevrage d'Ottawa</b>	1777 rue Montréal, Ottawa ON 613-241-1525 www.cgso.ca	Accompagnement supervisé, dans les deux langues officielles, pour le sevrage de drogues et d'alcool, dans le cadre des programmes de sevrage résidentiel, dans la communauté et de jour. Services gratuits et confidentiels.
<b>Service d'accès et d'aiguillage et en toxicomanie d'Ottawa</b>	613-241-5202 www.saato.ca	Un point de départ pour les personnes de 16 ans et plus qui sont préoccupées par leur consommation et qui souhaitent explorer les possibilités de traitement et en discuter. Ils effectuent des dépistages et des évaluations et offrent des services d'aiguillage vers des ressources appropriées, ainsi que des renseignements, du soutien et des conseils.
<b>Drug and Alcohol Helpline</b>	1-800-565-8603 www.drugandalcoholhelpline.ca	La ligne d'aide sur les drogues et l'alcool fournit de l'information sur les services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme en Ontario (ouvert 24 h/7jours). Service confidentiel et gratuit.
<b>Mental Health Helpline</b>	1-866-531-2600 www.mentalhealthhelpline.ca	La ligne d'aide pour la santé mentale. Fournis de l'information sur les services de traitement en santé mentale en Ontario (ouvert 24 h/7jours). Service confidentiel et gratuit.
<b>Cliniques de counseling sans rendez-vous</b>	<b>Somerset West Community Health Centre</b> 55 rue Eccles, Ottawa, ON 613-238-8210	Cliniques de counseling sans rendez-vous et sans frais

	<p>www.swchc.on.ca  <b>Centre de santé communautaire  du Sud-Est d'Ottawa</b>  1355 rue Bank, suite 600, Ottawa,  ON  613-737-5115  www.seochc.on.ca  <b>Services à la famille Ottawa</b>  312 avenue Parkdale, Ottawa, ON  613-725-3601  www.familyservicesottawa.org  <b>Service familial catholique  Ottawa (SfcO)</b>  310 chemin Olmstead, Ottawa, ON  613-233-8478  www.cfsottawa.ca</p>	
<p><b>Association  canadienne de  counseling et de  psychothérapie</b></p>	<p>1 877 765-5565</p>	<p>Services de thérapie payants</p>

## Annexe D : Available resources

### Available resources

<b>Organizations</b>	<b>Resource Coordinates</b>	<b>Descriptions</b>
<b>Mental Health Crisis Line</b>	613-722-6914 Outside Ottawa : 1-800-463-6273 www.crisisline.ca	Volunteers who provide crisis support and route calls to the mobile crisis team as needed (open 24 hours a day). Confidential and free service.
<b>Distress Centre Ottawa and Region</b>	613-238-3311 www.dcottawa.on.ca	Answers the calls of those who ask for help. Confidential and non-judgmental telephone lines (open 24 hours a day). Confidential and free service.
<b>Ottawa Withdrawal Management Centre</b>	1777 Montreal road, Ottawa ON 613-241-1525 www.cgso.ca	Supervised support, in both official languages, for withdrawal from drugs and alcohol through residential, day and community outreach programs. Free and confidential services.
<b>Ottawa Addictions Access and Referral Services</b>	613-241-5202 www.saato.ca	A starting point for people aged 16 and over who are concerned about their substance use and who want to explore and discuss treatment options. They conduct screenings and assessments and provide referrals to appropriate resources, as well as information, support and advice.
<b>Drug and Alcohol Helpline</b>	1-800-565-8603 www.drugandalcoholhelpline.ca	The Drug and Alcohol Helpline provides information on Ontario's available services related to substance and alcohol use (open 24 hours a day). Confidential and free service.
<b>Mental Health Helpline</b>	1-866-531-2600 www.mentalhealthhelpline.ca	The mental health helpline provides information on mental health treatment services in Ontario (open 24 hours a day). Confidential and free service.
<b>Walk-in counselling clinics</b>	<b>Somerset West Community Health Centre</b> 55 Eccles street, Ottawa, ON 613-238-8210 www.swchc.on.ca <b>South-East Ottawa Community Health Centre</b> 1355 Bank street, suite 600, Ottawa, ON 613-737-5115 www.seochc.on.ca	Walk-in counselling clinics with no fees and no appointments required

	<p><b>Family Services Ottawa</b>  312 Parkdale avenue, Ottawa, ON  613-725-3601  www.familyservicesottawa.org</p> <p><b>Catholic Family Service Ottawa  (CFSO)</b>  310 Olmstead road, Ottawa, ON  613-233-8478  www.cfsottawa.ca</p>	
<p><b>Canadian Counselling  and Psychotherapy  Association</b></p>	<p>1 877 765-5565</p>	<p>Paid therapy services</p>

## **Annexe E: Affiche de recrutement**

### **Vous avez 18 ou plus?**

### **Vous avez un trouble concomitant?**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche intitulé

### **La représentation sociale du trouble concomitant de personnes qui ont reçu ce diagnostic**

Pour être inclus dans cette recherche vous devez répondre aux critères d'inclusion suivants:

- 1) Avoir vécu ou vivre actuellement une expérience de consommation de substances psychoactives depuis au moins un an
- ET
- 2) Avoir vécu ou vivre avec une condition de santé mentale diagnostiquée depuis au moins un an

Votre participation comprendra les éléments suivants :

- Une entrevue enregistrée sur fichier audio (entre 45 et 90 minutes) à l'emplacement de votre choix.
- Une **carte cadeau de 25 \$ au Tim Hortons** comme cadeau d'usage

Le choix de participer à cette étude n'aura aucun effet sur les services reçus au sein de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Pour plus d'informations ou pour participer à cette recherche, veuillez communiquer avec Natasha Crête (chercheure principale) à l'adresse courriel suivante: [ncret079@uottawa.ca](mailto:ncret079@uottawa.ca). Les courriels seront traités de manière confidentielle.

Veillez noter que le processus de sélection s'effectuera selon un système de premier arrivé, premier traité jusqu'à l'obtention complète de notre échantillon.

## Annexe F: Recruitment poster

### **Are you 18 or older? Do you have a concurrent disorder?**

We would like to invite you to participate in a research project entitled

### **The social representation of concurrent disorders from people who have received this diagnosis**

To be included in this study you must meet the following inclusion criteria:

1) You must live or have you lived an experience of psychoactive substance use for at least one year

AND

2) You must live or have you lived with a mental health condition for at least one year

Your participation will include the following:

- An interview recorded on audio file (between 45 and 90 minutes) at the location of your choice.
- A **25\$ Tim Hortons gift card** as a participation gift

The choice to participate in this study will have no effect on the services received within the Canadian Mental Health Association.

For more information or to participate in this research, please contact Natasha Crête (Principal Researcher) at the following email address: [ncret079@uottawa.ca](mailto:ncret079@uottawa.ca). Emails will be treated confidentially.

Please note that the selection process will be on a first-come, first-serve basis until our sample size is complete.

**Annexe G : Fiche analytique**

uOttawa

**Titre:** La représentation sociale du trouble concomitant de personnes qui ont reçu ce diagnostic.

**Participation volontaire :** Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous demanderai de remplir cette fiche signalétique. Ceci devrait vous prendre cinq minutes. S'il vous plaît, nous retourner la fiche à la fin de l'entrevue. Vous pouvez vous retirer du projet en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront supprimées et déchiquetées sur demande.

**Instructions:** Pour les prochaines questions, écrivez ou encerclez la réponse qui correspond le plus à votre situation actuelle. Si vous avez des questions, n'hésitez pas de nous en faire part. Vous pouvez aussi répondre oralement au questionnaire si vous préférez.

Quel âge avez vous? : \_\_\_\_\_

Quel est votre sexe? : \_\_\_\_\_

Quelle est votre langue maternelle?: Français Anglais Autre : \_\_\_\_\_

Quel est votre lieu de naissance? : \_\_\_\_\_

Quel est votre état matrimonial (ex. célibataire, en couple, marié, divorcé, etc.) ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous faites partie d'une minorité visible? Oui Non

Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Dans quel type de logement habitez vous? :

Sans domicile fixe Refuge Locataire Propriétaire

Autre: \_\_\_\_\_

Quelle est votre profession? : \_\_\_\_\_

Bénéficiez vous d'un programme d'aide sociale? :      Oui      Non

Si oui, lequel?                      Programme Ontario au travail

Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)

Est-ce que vous avez vécu ou vous vivez avec une condition de santé mentale depuis au moins un an ?

Oui                      Non

Si oui, quel est votre diagnostic ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous avez vécu ou vous vivez actuellement une expérience de consommation de substances psychoactives depuis au moins un an ?

Oui                      Non

Si oui, quelles substances psychoactives est-ce que vous consommez ?

---

---



uOttawa

Annexe F: Analytical sheet

Analytical sheet

Title: The social representation of concurrent disorders from people who have received this diagnosis.

Voluntary Participation: If you agree to participate in this project, I will ask you to complete this analytical sheet. This should take you five minutes. Please, return the form at the end of the interview. You can withdraw from the project at any time, and / or refuse to answer certain questions without suffering any negative consequences. If you choose to opt out of the study, the data collected until then will be deleted and shredded upon request.

Instructions: For the following questions, write or circle the answer that best fits your current situation. If you have any questions, please let us know. You can also answer the questionnaire orally if you prefer.

How old are you? : \_\_\_\_\_

What is your gender? : \_\_\_\_\_

What is your first language?: French English Other : \_\_\_\_\_

What is your birth place? : \_\_\_\_\_

What is your marital status (eg. single, in a couple, married, divorced, etc.)? \_\_\_\_\_

Do you belong to a visible minority? Yes No

If yes, which one? \_\_\_\_\_

In what type of dwelling do you live? :

No fixed residence Shelter Rental House owner

Other: \_\_\_\_\_

What is your profession? : \_\_\_\_\_

Do you benefit from a social assistance program?:      Yes      No

If yes, which one?

Ontario Works (OW)

Ontario Disability Support Program (ODSP)

Do you live or have you lived with a mental health condition for at least one year?

Yes

No

If yes, what is your diagnosis ? \_\_\_\_\_

---

Do you live or have you lived an experience of psychoactive substance use for at least one year?

Yes

No

If yes, what psychoactive substances are you using or have you used ?

---

---

## **Annexe H : Guide d'entretien semi-directif**

Introduction (verbalement au participant) :

*D'abord je tiens à vous remercier de nouveau pour votre participation à cette étude : votre parole est importante pour l'avancement de la recherche sociale. Cette entrevue demeurera confidentielle conformément aux informations présentes dans le formulaire de consentement que vous avez préalablement signé. Il n'y a pas ici de "bonne" ou de "mauvaise" réponse : il s'agit de votre perception. N'hésitez donc pas à dire ce que vous pensez.*

\* Avant de procéder aux questions, avertir le participant que nous allons continuer avec l'enregistrement de l'entrevue. S'il est d'accord, appuyer sur l'enregistreur.

**Question de recherche :** Quelle est la représentation sociale du trouble concomitant de personnes qui ont reçu ce diagnostic ?

### **Questions d'ouverture et d'introduction**

Tout d'abord, je vais vous poser quelques brèves questions d'introduction sur vous-même.

- a) Dans le but d'apprendre à vous connaître un peu, pouvez-vous me parler de vous ?

### **Thème 1 : Santé mentale**

Maintenant, nous allons continuer avec votre expérience de la santé mentale.

- a) Pouvez-vous me décrire vos symptômes de santé mentale ?
- b) Parlez-moi de la première fois quand vous avez été diagnostiqué avec une condition de santé mentale.
- c) Quelles sont les conséquences de ce diagnostic sur vous ?
- d) Si vous auriez à décrire votre condition de santé mentale en trois mots, qu'est-ce que vous diriez ?
- e) Comment est-ce que vous expliquez votre condition de santé mentale ?
- f) Décrivez les moments, si vous en avez, où vous ne vous sentez pas compris par rapport à votre vécu ?

- g) Comment est-ce que les personnes dans une situation semblable à la vôtre expliqueraient leur expérience ?
- h) Comment croyez-vous que les autres personnes perçoivent votre condition de santé mentale ?
- i) Comment est-ce que votre condition de santé mentale affecte vos activités quotidiennes et vos interactions ?

Avant de continuer l'entrevue, voulez-vous ajouter quelque chose ?

### **Thème 2 : Toxicomanie**

Maintenant, si vous me le permettez, j'aimerais discuter de votre expérience liée à la consommation.

- a) Pouvez-vous me décrire la première fois que vous avez consommé (circonstances, lieu, avec qui ?). Pourquoi?
- b) Si vous auriez à décrire votre consommation en trois mots, qu'est-ce que vous diriez ?
- c) Comment expliquez-vous votre consommation ?
- d) Comment est-ce que l'expérience des autres personnes qui consomment se compare à vous ?
- e) Comment est-ce que votre consommation affecte vos activités quotidiennes et vos interactions ?
- f) Quels avantages tirez-vous de votre consommation ?
- g) Quels désavantages tirez-vous de votre consommation ?
- h) Comment croyez-vous que d'autres personnes perçoivent votre consommation ?

Avant de continuer l'entrevue, voulez-vous ajouter quelque chose ?

### **Thème 3 : Trouble concomitant**

Nous allons maintenant parler du trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie.

- a) Savez-vous quel est votre diagnostic ?
- b) Que pensez-vous de ce diagnostic ?
- c) Si vous auriez à décrire le trouble concomitant en trois mots, qu'est-ce que vous diriez ?
- d) Pour vous, qu'est-ce que c'est le trouble concomitant ?
- e) Comment est-ce que votre diagnostic de trouble concomitant a changé votre vie ?

f) Comment est-ce que vous expliquez votre situation ?

#### **Thème 4 : Rapport aux services**

- a) Comment est-ce qu'on pourrait vous aider ?
- b) Avez-vous reçu de l'aide pour vos problèmes de santé dans le passé ?
- c) Quels services ou programmes vous ont été utiles lors de votre parcours de santé ?
- d) Quelles ressources recommanderiez-vous aux autres personnes ayant une situation semblable à vous ?
- e) Pensez-vous que les personnes qui travaillent dans les milieux de santé sont bien équipées pour vous aider ?
- f) Qu'est-ce que ces personnes peuvent faire pour mieux répondre à vos besoins ?

Avant de continuer l'entrevue, voulez-vous ajouter quelque chose ?

#### **Conclusion**

L'entrevue touche à sa fin, mais avant de partir, j'aimerais vous poser quelques questions supplémentaires.

- a) Que voudriez-vous que les personnes qui n'ont pas de trouble concomitant sachent à propos de vous ?
- b) Que voudriez-vous que les intervenants qui travaillent auprès de personnes avec un diagnostic de trouble concomitant sachent ?
- c) Y a-t-il des questions auxquelles vous aimeriez revenir ou des réponses que vous souhaitez clarifier ?

En conclusion, est-ce que vous voulez ajouter autre chose par rapport à notre discussion ?

## **Annexe I : Semi-structured interview guide**

Introduction (verbally to the participant):

*First, I want to thank you again for your participation in this study: your speech is important for the advancement of social research. This interview will remain confidential according to the information contained in the consent form that you have previously signed. There is no "good" or "bad" answer here: it is according to your perception. Do not hesitate to say what you think.*

\* Before proceeding with the questions, advise the participant that we will continue with the recording of the interview. If they agree, start recording the interview.

**Research question :** What is the social representation of concurrent disorders from people who have received this diagnosis?

### **Opening and introductory questions**

First of all, I'll ask you a few quick introductory questions about yourself.

a) In order to get to know you a little bit, can you tell me about yourself?

### **Theme 1 : Mental Health**

Now, let's continue with your mental health experience.

- a) Could you describe your mental health symptoms?
  - b) Tell me about the first time you were diagnosed with a mental health condition.
  - c) What are the consequences of this diagnosis on you?
  - d) If you had to describe your mental health condition in three words, what would you say?
  - e) How do you explain your mental health condition?
  - f) Describe the moments, if you have any, where you did not feel understood regarding your mental health?
  - g) How do you think people in a situation similar to yours explain their experience?
  - h) How do you think others perceive your mental health condition?
  - i) How does your mental health condition affect your daily activities and interactions?
- Before continuing the interview, would you like to add something?

### **Theme 2 : Substance use**

Now, if I may, I'd like to discuss your substance use experiences.

- a) Can you describe to me the first time that you used (circumstances, place, with whom?).  
Why?
  - b) If you had to describe your substance use in three words, what would you say?
  - c) How do you explain your substance use?
  - d) How does the experience of other people who use substances compare to yours?
  - e) How does your substance use affect your daily activities and interactions?
  - f) What benefits do you get from your substance use?
  - g) What disadvantages do you get from your substance use?
  - h) How do you think other people perceive your substance use?
- Before continuing the interview, would you like to add something?

### **Theme 3 : Concurrent disorder**

We will now talk about concurrent mental health and substance use disorder.

- a) Do you know your diagnosis?
- b) What do you think about this diagnosis?
- c) If you had to describe concurrent disorder in three words, what would you say?
- d) For you, what is a concurrent disorder?
- e) How did your diagnosis of a concurrent disorder change your life?
- f) How do you explain your situation?

### **Theme 4 : Link with service use**

- a) How could we help you?
  - b) Have you received help for your health conditions in the past?
  - c) What services or programs have been helpful to you during your health journey?
  - d) What resources would you recommend to others in a situation similar to yours?
  - e) Do you think that people working in health care settings are well equipped to help you?
  - f) What can these people do to better meet your needs?
- Before continuing the interview, would you like to add something?

### **Conclusion**

The interview is coming to an end, but before I leave, I'd like to ask you a few more questions.

- a) What would you like people who do not have a concurrent disorder to know about you?
- b) What would you like health professionals working with people with a concurrent disorder to know?
- c) Are there any questions you would like return to or answers that you want to clarify?

In conclusion, do you want to add anything to our discussion?

## Annexe J : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

23/03/2018

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche



**University of Ottawa**

Office of Research Ethics and Integrity

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

**Numéro du dossier / Ethics File Number**

S-02-18-343

**Titre du projet / Project Title**

La représentation sociale du trouble concomitant de personnes qui ont reçu ce diagnostic.

**Type de projet / Project Type**

Mémoire de maîtrise / Master's major research paper

**Statut du projet / Project Status**

Approuvé / Approved

**Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)**

23/03/2018

**Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)**

22/03/2019

#### Équipe de recherche / Research Team

**Chercheur / Researcher**

**Affiliation**

**Role**

Natasha CRETE

École de service social / School of Social Work

Chercheur Principal / Principal Investigator

Lilian NEGURA

École de service social / School of Social Work

Superviseur / Supervisor

**Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments**