

LE TROUBLE CONCOMITANT: LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SERVICES
DOCUMENTÉES DANS LA LITTÉRATURE

Par Larissa Couët

Mémoire déposé à
L'École de travail social

En vue de l'obtention de la maîtrise en travail social
Sous la direction de la professeure Cyndy Wylde

Université d'Ottawa
Août 2023

Remerciements

J'aimerais profiter de cette occasion pour exprimer ma sincère gratitude aux personnes qui ont joué un rôle important dans mon parcours au cours de la dernière année menant à la soumission de mon mémoire. Votre soutien, vos conseils et votre encouragement continu ont joué un grand rôle dans ma persévérance.

Avant tout, je voudrais remercier ma famille. Leur amour et leur soutien constant ont été les piliers qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours universitaire. Vos encouragements et votre écoute m'ont donné la force de continuer, même dans les moments les plus difficiles. Je vous suis à jamais reconnaissante de m'avoir fourni la possibilité de poursuivre ce chemin.

Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude à ma superviseuse, Cyndy Wylde. Ton expérience, ton soutien et tes conseils m'ont été inestimables. Tu m'as poussée à penser de manière critique, encouragée à explorer de nouvelles voies et fourni les outils nécessaires pour arriver à la complétion de ce projet de mémoire. Ton encadrement m'a aidé à évoluer et a fait de moi une chercheuse plus sûre d'elle.

Je suis également reconnaissante à mes professeurs pour leur contribution à mon développement académique. Leur passion pour l'enseignement, la richesse de leurs connaissances et leur dévouement envers leurs étudiants ont été une véritable source d'inspiration. Le partage de leurs connaissances, leurs discussions engageantes et leur soutien dès le début du développement de ce mémoire m'ont grandement guidé jusqu'à ce point.

En repensant à mon parcours, qui a débuté dès mon inscription au programme de maîtrise en travail social, j'éprouve un sentiment d'accomplissement, de croissance personnelle et de fierté. Ce processus m'a mis au défi d'une manière que je n'avais jamais anticipée, mais il m'a également offert plusieurs chances de me dépasser. Les longues heures de recherche, les innombrables révisions et les moments de doute ont tous contribué à faire de moi la travailleuse sociale que je suis aujourd'hui.

Enfin, je voudrais exprimer mon éternelle gratitude à tous ceux qui m'ont soutenue, que ce soit par leurs mots d'encouragement, leur amitié ou leur présence pendant cette dernière année. Vous avez été une source constante de motivation.

Merci!

Résumé

Le concept des troubles concomitants est ressorti dans les années 1970 et une quantité importante de la recherche porte sur l'offre de traitements et de services pour cette population. Ayant entamé cette recherche à la suite de la pandémie de la COVID-19, qui a entraîné des changements importants dans les systèmes sociaux et de santé, ce mémoire étudie les barrières à l'accès aux services pour les personnes vivant avec des troubles concomitants. Cette revue de littérature détermine que cette population fait face à plusieurs obstacles venant de sources multiples. Utilisant un cadre théorique biopsychosocial, ce projet propose une présentation des résultats alternative aux cadres théoriques typiques de la recherche sociale. Dans cette optique, on peut distinguer trois catégories de barrières: les barrières biologiques, psychologiques et sociales, tout en prenant en compte les barrières structurelles qui sont fréquemment évoquées dans la littérature. Chacune des catégories regroupe quelques barrières différentes et identifie celles qui pourraient bénéficier davantage de recherche. L'identification et l'explication de ces barrières dans le texte a mené à des recommandations pour l'amélioration de l'accès aux services pour la population à l'étude. Ces recommandations ont porté sur : l'éducation et la sensibilisation, l'intégration des services, les équipes communautaires de traitement intensif, les services adaptés à la culture et l'offre de services virtuels.

Mots-clés : trouble concomitant, biopsychosocial, santé mentale, toxicomanie, trouble d'utilisation de substances, barrières, accessibilité

Table des matières

Liste des tableaux.....	6
Liste des abréviations.....	7
Introduction.....	1
1. Problématique.....	4
1.1. L'émergence du trouble concomitant: Retracer les origines du concept.....	4
1.2. La prévalence du trouble concomitant.....	8
1.3. Santé mentale et trouble lié à l'utilisation de substances: deux problématiques.....	9
1.4. Portrait de la population cible.....	10
1.5. Utilisation des services et accessibilité.....	12
1.5.1. Accessibilité.....	13
2. Le cadre théorique : Biopsychosocial.....	15
2.1. Développement du modèle.....	15
2.1.1. Aspect biologique.....	16
2.1.2. Aspect psychologique.....	16
2.1.3. Aspect social.....	16
2.2. Critiques du modèle.....	18
2.3. Pertinence pour cette recherche.....	18
2.4. Question de recherche.....	20
3. Méthodologie.....	21
3.1. La recherche qualitative.....	21
3.2. Analyse des données.....	22
3.3. Échantillon.....	23
4. Résultats.....	25
4.1. Les barrières biologiques.....	25
4.1.1. Effets secondaires de médication.....	25

4.1.2.	Différences entre les sexes	26
4.2.	Les barrières psychologiques.....	28
4.2.1.	Vulnérabilités personnelles	28
4.2.2.	Attitudes et croyances	29
4.3.	Les barrières sociales	30
4.3.1.	Stigmatisation et discrimination	30
4.3.2.	Ruralité	32
4.3.3.	Populations marginalisées	33
4.3.3.1.	Itinérance	34
4.3.3.2.	Minorités ethniques et culturelles	34
4.3.3.3.	Individus incarcérés	36
4.3.3.4.	Autochtones	36
4.4.	Les barrières structurelles	38
5.	Discussion et recommandations.....	40
5.1.	Éducation et sensibilisation	41
5.2.	Intégration et <i>no wrong door</i>	42
5.3.	Équipe communautaire de traitement intensif.....	43
5.4.	Offre de services virtuels.....	44
5.5.	Services adaptés à la culture.....	44
5.6.	Question de financement.....	45
	Conclusion.....	47
	Références.....	50

Liste des tableaux

Tableau 1 : Grille d'évaluation du patient pour la consultation psychiatrique

Liste des abréviations

ACSM : Association canadienne pour la santé mentale

ACTS : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

APA : Association Psychiatrique Américaine/*American Psychiatric Association*

CAMH : Centre de toxicomanie et de santé mentale/*Centre for Addiction and Mental Health*

CSMC : Commission de la santé mentale du Canada

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ECTI : Équipe communautaire de traitement intensif

ITSS : Infections transmises sexuellement et par le sang

TUS : Trouble lié à l'utilisation de substances

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

En tant qu'individus faisant partie d'un système de santé et de services sociaux en constante évolution, nous sommes tous responsables de promouvoir des changements positifs au sein de nos communautés et de défendre les populations les plus vulnérables. Ayant une formation en travail social, je suis consciente de cette responsabilité, et c'est avec ce principe en tête que je me suis lancée dans mon mémoire de maîtrise. Grâce à mes nombreuses interactions professionnelles avec des personnes utilisant des services de santé mentale et de toxicomanie, j'ai une compréhension directe de la réalité de cette population.

La relation entre les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) a fait l'objet de plusieurs recherches au fil des cinquante dernières années. Malgré cela, l'impact des troubles concomitants sur l'individu, sa famille et la société reste un sujet de préoccupation essentiel qui ne peut être ignoré. Le système de santé fragmenté en place ne fait qu'exacerber les besoins complexes des personnes vivant avec des troubles concomitants. Ces personnes font face à des obstacles importants dans l'accès à des soins adaptés à leurs besoins spécifiques. Le manque d'attention portée à ces besoins ne fait que perpétuer la marginalisation et l'oppression dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble concomitant.

En outre, il y a un manque flagrant de connaissances sur les expériences vécues par cette population lorsqu'elle reçoit des services pour adresser leurs besoins. Cette lacune met en évidence le besoin de recherches supplémentaires pour explorer les problèmes et les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec un trouble concomitant, afin d'encourager la mise en place de programmes adaptés. En continuant à faire de la recherche sur cette problématique, nous pourrions mieux comprendre les bienfaits et les lacunes du système actuel.

Après de nombreuses années marquées par la pandémie de la COVID19, je crois qu'il est particulièrement important de mettre en lumière les barrières d'accès aux services dont fait face la population vulnérable à l'étude. Cette conjoncture offre une nouvelle opportunité d'explorer des initiatives et des services novateurs. Plusieurs auteurs dans divers pays comme les États-Unis et le Canada ont étudié le lien entre la pandémie COVID19 et une aggravation de troubles mentaux et de TUS (Angus Reid, 2022; Czeisler et al., 2020; Dozois, 2021; Michelle Rotermann, 2020). Les

résultats d'un sondage mené au début de la pandémie auprès de Canadiens révèlent qu'une proportion de 54 % des répondants a signalé une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la pandémie (Angus Reid, 2022). De plus, Michelle Rotermann (2020) a indiqué que « les Canadiens qui s'estiment en moins bonne santé mentale pendant la pandémie COVID-19 sont plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis, d'alcool et de produits du tabac » (paragr. 1). Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) canadien a publié que cette augmentation exercera une pression encore plus forte sur le système de santé, qui n'était déjà pas en position de rencontrer la demande pré-pandémie (2020). Ces recherches, y compris celle-ci, continuent à valider le besoin de diriger plus de ressources vers le domaine des services sociaux.

Ce mémoire explore donc la question suivante : Quelles sont les principales barrières à l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble concomitant? La réponse à cette question sera présentée sous plusieurs aspects pour prendre en compte toutes les facettes de l'accès.

Ce projet de recherche est structuré en cinq chapitres détaillés, chacun visant à explorer et à éclairer la question de recherche présentée précédemment. Le premier chapitre est consacré à une présentation approfondie des troubles concomitants. Afin de situer le lecteur, ce premier chapitre commence par un aperçu de l'histoire du trouble concomitant dans la recherche, suivi d'une analyse de sa prévalence au Canada. Je définirai ensuite les deux problématiques sous-jacentes au trouble : la santé mentale et le trouble d'utilisation de substances, accompagné d'un portrait détaillé de la population étudiée. Le chapitre se termine par une analyse du taux d'utilisation des services par cette population et une définition complète de l'accessibilité.

Le deuxième chapitre se penche sur le cadre théorique choisi pour ce mémoire, soit l'approche biopsychosociale, en démontrant sa pertinence et son importance pour le sujet traité. Cette partie vise à établir une base pour la recherche qui suivra.

Le troisième chapitre présente la méthodologie de recherche qualitative, soit la revue de littérature, et décrit l'approche utilisée pour recueillir et analyser les articles pertinents en lien avec le sujet.

Le chapitre suivant se concentre sur la présentation des résultats de la recherche. Il est divisé en quatre parties. Ce chapitre se consacre à l'analyse détaillée des articles retenus, mettant à la lumière les barrières biologiques, psychologiques et sociales identifiées dans la littérature. Un court chapitre présente ensuite les barrières structurelles puisqu'elles jouent un rôle tout aussi important dans l'accès aux services.

Enfin, le cinquième chapitre propose quelques recommandations qui sont plus particulièrement axées sur l'amélioration de l'accès aux services. Ces recommandations sont appuyées par des recherches précédentes et visent à favoriser des changements positifs dans le domaine.

1. Problématique

1.1. L'émergence du trouble concomitant: Retracer les origines du concept

Suivant la publication du premier manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1952 par le American Psychiatric Association (APA), les années 1960 à 1980 ont vu d'importants changements dans la reconnaissance des troubles mentaux. La société est entrée dans l'ère du mouvement antipsychiatrique, un mouvement de remise en question et de revendications du traitement des individus psychiatisés (Whitley, 2012). L'apparition de nouveaux médicaments psychiatriques (stabilisateurs de l'humeur, antipsychotiques, antidépresseurs et anxiolytiques) (Greenberg, 2013) et le développement de nouvelles psychothérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale (Chand, Kuckel et Huecker, 2022) ont aussi marqué ces années. Cette psychothérapie a été développée par Aaron Beck dans le but de positivement modifier les façons de penser et d'agir du patient en thérapie. Au début, Beck utilisait cette thérapie avec des patients vivant avec de la dépression, mais cette thérapie s'applique aujourd'hui à une liste répandue de troubles mentaux, incluant les TUS (Chand, Kuckel et Huecker, 2022).

Les années 1970 et 1980 ont été marquées par des développements et des changements multiples envers la problématique d'abus de substances. Durant cette période, de nouvelles drogues telles que la cocaïne et le crack ont émergé, ayant un impact significatif sur la consommation et la dépendance. Les publications de Chychula et Okore (1990) et de Cornish et O'Brien (1996) décrivent cette nouvelle vague de dépendance en tant qu'épidémie.

L'abus de cocaïne a été associé à une variété de complications systémiques impliquant tous les principaux systèmes organiques. Des conséquences cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques, pulmonaires, gastro-intestinales, musculo-squelettiques et dermatologiques, ont été rapportées. (Cornish et O'Brien, 1996, p.264).

L'utilisation répandue de ces substances avec des impacts négatifs sur la santé a aussi été associée à l'abus d'alcool et à une augmentation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est inclus parmi ces infections et en

1994, il a été constaté par Edlin et al. que la prévalence du VIH était plus de deux fois supérieure chez les consommateurs de crack que dans la population générale aux États-Unis. Ces auteurs concluent qu'il y a un besoin de prévention d'abus du crack, d'activités sexuelles à risque et de traitement pour les personnes vivant avec un problème de consommation. Encore au 21^e siècle, il persiste une prise de conscience quant à l'importance de prévenir la consommation de substances. Par exemple, en 2016, le gouvernement du Canada a lancé une stratégie canadienne sur les drogues et autres substances incluant un volet de prévention et un volet sur la réduction des méfaits (Gouvernement du Canada, 2018).

« Au Canada, l'institutionnalisation de la recherche, du traitement et de l'éducation en matière de toxicomanie se reflète dans l'histoire de la *Fondation pour la recherche sur l'alcoolisme*, créée en tant qu'agence du gouvernement de l'Ontario en 1951 » (traduction libre de Marquis, 2005, p.60). Au fil des années, cette fondation est devenue un centre reconnu mondialement pour la recherche sur l'utilisation de substances, au-delà de l'alcoolisme (Marquis, 2005). La création de fondations comme celle-ci démontre une ouverture au changement et à l'avancement de la recherche en matière de la problématique de toxicomanie.

Une des évolutions majeures en toxicomanie fut l'approbation, dans les années 1960, de l'utilisation du traitement à la méthadone, un opioïde synthétique, pour la dépendance à l'héroïne (Kuehn, 2005). La publication de l'essai clinique mené par Vincent Dole et Marie Nyswander en 1965 a établi que le traitement à la méthadone a un impact positif sur les personnes le recevant, tant au niveau personnel qu'interpersonnel. La méthadone permet aux individus de recevoir une assistance médicamentée pour la prévention des rechutes et pour aider avec les symptômes de sevrage. Dole et Nyswander (1965) écrivent aussi qu'il y a un besoin de supervision médicale et de services sociaux en combinaison avec le plan de traitement. L'approche du traitement d'une dépendance avec un opioïde n'était pas acceptée auparavant parce qu'il y avait perception qu'on tentait d'échanger une dépendance pour une autre (Kuehn, 2005). Aujourd'hui, la méthadone est reconnue comme un traitement efficace pour la dépendance aux opioïdes grâce aux nombreuses études menées sur le sujet (Kuehn, 2005).

Vers la fin des années 1970, les praticiens en santé mentale et en toxicomanie ont commencé à remarquer qu'un nombre important de personnes vivaient à la fois avec un trouble mental et un TUS (Cherry, 2008; Drake et al., 1998). Pendant les premières années de recherche, la comorbidité avec le TUS était surtout observée chez les personnes vivant avec de la dépression et de l'anxiété, mais le champ s'est rapidement élargi pour inclure un plus grand nombre de troubles mentaux qui ont une concomitance à la dépendance tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble de personnalité limite, le trouble de stress post traumatique et autres (Cherry, 2008; National Institute on Drug Abuse, 2020). Les chercheurs reconnaissaient alors qu'il y avait un lien mais qu'il restait à comprendre comment ce lien s'explique et quelles sont les meilleures pratiques pour traiter ces troubles de manière efficace.

Aujourd'hui, la recherche présente quatre théories pour tenter d'expliquer le lien entre les TUS et les troubles mentaux (Santucci, 2012). La première théorie est le modèle des facteurs communs, qui suggère que la concomitance résulte de facteurs de risque communs aux deux troubles. Il y a des facteurs de risques environnementaux, tels que le trauma et le stress chronique, mais ils peuvent aussi venir de prédispositions génétiques (National Institute on Drug Abuse, 2020; Santucci, 2012). La deuxième théorie est le modèle des troubles mentaux secondaires, qui suggère qu'un trouble mental est une conséquence de l'abus de substances (Santucci, 2012). Par exemple, l'association entre la consommation de marijuana et l'apparition de la schizophrénie ou encore une psychose induite à la suite d'une consommation. La troisième théorie est le modèle de l'automédication, qui suggère que les personnes vivant avec une maladie mentale consomment des drogues ou de l'alcool pour alléger les symptômes de leur trouble mental, ce qui crée en retour une situation malsaine (Santucci, 2012). En dernier lieu, le modèle bidirectionnel propose que la préexistence d'une maladie mentale ou d'un TUS peut contribuer au développement et au maintien de l'autre (Santucci, 2012). Il est important de reconnaître ces trajectoires pour développer des approches efficaces qui traitent mais aussi préviennent l'usage problématique de substances et les troubles mentaux.

En 1989, le terme "double diagnostic" a été introduit dans une revue psychiatrique pour décrire cette problématique complexe, marquant une étape importante dans la reconnaissance et la

légitimation de ce trouble (Cherry, 2008). Depuis cette période, les cliniciens et les chercheurs s'efforcent de trouver les options de traitement les plus efficaces.

Le trouble concomitant, également appelé diagnostic mixte, double diagnostic et trouble mixte, décrit la situation lorsqu'une personne est simultanément affectée par un TUS et un trouble mental (Skinner et O'Grady, 2007; Rush, Urbanoski et al., 2008; Cherry, 2008). Notez bien qu'en Ontario, le terme du double diagnostic (venant de *dual diagnosis* en anglais), décrit plutôt les personnes ayant un handicap intellectuel et un trouble de santé mentale, bien qu'il soit reconnu comme synonyme de trouble concomitant (O'Grady et Skinner, 2007). Il est important de comprendre le contexte social entourant la santé mentale et les problèmes d'utilisation de substances pour bien saisir comment le trouble concomitant est devenu un concept d'ampleur.

Au fil des années, trois modèles de dispensation des services pour traiter une personne affectée par le trouble concomitant ont été évalués : il y a d'abord le modèle parallèle (traitement du TUS et de santé mentale en même temps, mais pas dans le même service), séquentiel (traitement offert un à la suite de l'autre) et enfin, intégré (traitement des deux problèmes en même temps, dans le même service) (Cherry, 2008). Durant les premières décennies de reconnaissance du trouble concomitant, les professionnels en santé mentale et en toxicomanie ont fait la remarque que la dualité des troubles affectait négativement les résultats des traitements parallèle et séquentiel (De Leon, 1989). Ces deux types de traitement sont même associés à un cercle vicieux d'échecs et de désespoir (Cherry, 2008). C'est cet échec de traitement de façon traditionnelle qui a déclenché une vague de changement dans le champ de la santé mentale et de toxicomanie.

Depuis, le modèle intégré est reconnu comme ayant le plus de succès et on lui accorde généralement plus d'importance en recherche (Drake et al., 1998; Rush et al., 2008; Schütz et al., 2013; Wiktorowicz et al., 2019). Ce modèle, présenté par le docteur Kenneth Minkoff en 1989, combine une approche biopsychosociale du traitement d'un trouble de santé mentale et le modèle des douze étapes, utilisé par Alcooliques Anonymes pour le TUS. Ce traitement est de plus longue durée que le traitement des troubles individuels, et les usagers peuvent dépendre de la même équipe tout au long du traitement (Drake, O'Neal et Wallach, 2008). Ce modèle continue d'évoluer depuis ce temps grâce à la contribution de la communauté professionnelle.

1.2. La prévalence du trouble concomitant

La prévalence du trouble est importante au Canada puisque, « plus de la moitié des personnes cherchant de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi un problème de santé mentale » (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009, p.1). Il n'y a pas de différence notable entre les femmes et les hommes dans la prévalence du trouble concomitant (Statistique Canada, 2013). Les résultats de l'enquête de 2012 sur la santé dans les collectivités canadiennes, menée par Statistique Canada, ont déterminé que 1.2% des Canadiens âgés entre 15 et 64 ans vivent avec un TUS et un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (2013). Cette étude est limitée parce qu'elle a seulement pris en considération les troubles de l'humeur et d'anxiété. Rush et al. (2008) expliquent que l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (volet santé et bien-être), faite en 2002 par Statistique Canada, avait pris compte des autres troubles mentaux et a déterminé que la prévalence du TUS chez le groupe ayant des troubles mentaux autres que les troubles de l'humeur ou d'anxiété était de 20,7 %. Pour cette raison, les professionnels dans le domaine de la toxicomanie et les professionnels dans le domaine de la santé mentale devraient toujours être ouverts à la possibilité que chaque client pourrait avoir un trouble concomitant jusqu'à avis contraire (O'Grady et Skinner, 2007).

Il y a des différences reconnues dans la prévalence et le traitement du trouble concomitant dépendant du trouble spécifique de consommation et de santé mentale. Par exemple, environ 72% de ceux qui ont un problème d'utilisation de substances psychoactives ont au moins un trouble de santé mentale comparé à 45 % chez les individus qui ont un problème de consommation d'alcool (Myrick et al., 2004). Avec un écart de presque 30%, cette différence est assez significative. Ces statistiques sont tirées d'une des premières grandes études américaines de 1990, le Epidemiological Catchment Area study (ECA) (Regier et al., 1990).

1.3. Santé mentale et trouble lié à l'utilisation de substances: deux problématiques

Pour bien saisir la complexité du trouble concomitant, je vais individuellement définir et expliquer ce que sont le trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) et le trouble mental. Dans cette recension, j'utilise le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) comme référence puisqu'il est le manuel diagnostique le plus utilisé par les professionnels de santé mentale.

Cet ouvrage a deux catégories distinctes sous le volet des TUS : le trouble lié à l'usage d'une substance et le trouble induit par la substance. La deuxième catégorie est en lien avec les effets primaires et secondaires de la consommation dont l'intoxication, le sevrage, et des troubles mentaux induits par l'utilisation de substances tels que les troubles psychotiques et les troubles dépressifs (APA, 2013). Il est à noter que faire une psychose induite par la consommation ne veut pas automatiquement dire que la personne vit avec un trouble psychotique. Il y a 10 classes de substances : l'alcool; la caféine; le cannabis; les hallucinogènes; les inhalants; les opioïdes; les sédatifs, les anxiolytiques et les hypnotiques; les stimulants; le tabac et les substances inconnues (APA, 2013). Selon le DSM-5, l'utilisation de chacune en excès active le système de récompense du cerveau. Alors, au lieu de devoir travailler pour être récompensé, le cerveau prend un raccourci directement vers le sentiment recherché. Avec l'utilisation répétitive, le cerveau s'adapte à ce nouveau fonctionnement, ce qui explique en partie le taux de rechute élevé et les envies qui peuvent être envahissantes (APA, 2013). Sur onze critères de diagnostic, en avoir deux ou trois est un trouble considéré comme plus faible, quatre ou cinq est un trouble modéré et six à onze est un trouble sévère. Un des onze critères diagnostiques pour chaque trouble est « l'usage de [la substance] est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par [la substance] » (traduction libre de APA, p.491). Sous chaque trouble, il y a aussi une section « comorbidité » dans laquelle les troubles mentaux les plus souvent associés avec le trouble sont écrits. Les personnes vivant avec des troubles bipolaires en plus que d'autres troubles mentaux sont reconnues comme ayant un taux plus élevé de consommation d'alcool. De plus, le trouble de consommation d'alcool est associé à plusieurs troubles dépressifs, en partie puisque l'alcool est un déprimeur (APA, 2013).

Au Canada, il est estimé qu'environ 21,6% des Canadiens auront un TUS à un moment durant leur vie (Statistiques Canada, 2015).

Reconnaissant qu'une définition ne puisse pas englober tous les aspects de tous les troubles mentaux, le DSM-5 fournit une liste d'éléments qui doivent être inclus :

« Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou de développement qui sous-tendent le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une détresse ou à un handicap significatif dans les activités sociales, professionnelles ou autres activités importantes » (traduction libre de APA, 2013 p.20).

Un exemple de trouble mental est le trouble dépressif majeur qui se caractérise entre autres par une humeur dépressive la majorité du temps, une perte d'intérêt pour les activités, de l'insomnie ou d'hypersomnie, de la difficulté à rester concentré et un gain ou perte de poids (APA, 2013).

Tout comme pour les troubles de consommation de substances, les troubles mentaux ont une section « comorbidité ». Par exemple, ceux avec un trouble de stress post-traumatique sont 1.8 fois plus à risque d'avoir au moins un autre trouble mental (incluant un TUS) que ceux n'ayant pas un trouble de stress post-traumatique (APA, 2013).

1.4. Portrait de la population cible

Je vais poursuivre en brossant un portrait de la population pour bien situer le lecteur par rapport à la marginalisation des personnes vivant avec un trouble concomitant. Cette population est reconnue comme étant plus à risque de manquer des rendez-vous médicaux, faire des rechutes, et d'être admise à l'hôpital de manière répétitive. Elle a aussi des taux plus élevés de morbidité, de mortalité, de chômage, d'itinérance et d'isolement social tout en ayant des implications avec le système de justice pénale à une fréquence plus élevée (Wiktorowicz et al., 2019). Les personnes

vivant avec un trouble concomitant sont plus à risque d'être sans emploi (33,7%) que les personnes vivant seulement avec un trouble d'utilisation de substances (24,3%), mais moins à risque que les personnes vivant seulement avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété (37,3%) (Khan, 2017). Ceci signifie qu'au moins un tiers de cette population vit en situation de précarité financière. Au niveau de la santé physique, environ 29% des personnes avec un trouble concomitant sont affectées par une comorbidité avec au moins deux autres problèmes de santé chroniques. Khan (2017) explique que cette statistique représente plus du double que chez les personnes qui ont un TUS (13%), mais 10% de moins que chez les personnes avec un trouble de santé mentale (39%). Ce stress entraînera des conséquences négatives sur la santé tout au long de leur vie. La concomitance peut être un facteur dans une condition chronique tout comme la condition chronique peut jouer un rôle au niveau de la santé mentale et l'utilisation de substance. C'est alors que nous parlons d'une relation bidirectionnelle entre eux (Khan, 2017).

Les recherches démontrent également que le trouble concomitant est plus présent chez les populations qui sont déjà en situation vulnérable. Il y a une surreprésentation du trouble concomitant digne d'être notée chez les personnes en situation d'itinérance et dans le système carcéral. Une recherche menée sur un groupe de 489 individus en situation d'itinérance en Colombie-Britannique a déterminé que 55% du groupe vit avec un trouble concomitant (Schütz, Choi, Song, Wesarg, Li et Krausz, 2019). Une autre étude, menée par Abram et Teplin (1991) auprès de 728 prisonniers à Chicago, Illinois, a trouvé un taux extrêmement élevé de concomitance : en comparant leurs résultats avec l'étude du Epidemiologic Catchment Area américain, ils ont montré que tandis qu'un tiers de la population vivant avec de la schizophrénie a aussi un trouble d'alcoolisme, le taux fait un bond pour se retrouver à 84,9% chez la population incarcérée selon les résultats. Cette statistique est choquante et n'est pas la seule. Abram et Teplin (1991) ajoutent que 84.8% de la population incarcérée vivant avec un trouble de l'humeur vit aussi avec un trouble d'alcoolisme. L'article publié par Priester et al. (2016) démontre qu'il y a sept autres groupes qui sont sous-représentés dans la littérature et dans lesquels il pourrait y avoir une surreprésentation du trouble concomitant. Ce sont : les adolescents, les femmes, les hommes de minorités visibles, les vétérans, les individus avec un mauvais statut socio-économique, les individus avec un trouble mental grave et persistant, et les individus avec une déficience intellectuelle.

1.5. Utilisation des services et accessibilité

Trois quarts des individus avec un trouble concomitant utilisent les services qui sont disponibles pour la santé mentale ou la toxicomanie. Cette statistique est assez marquante puisqu'elle démontre que cette population a tendance à chercher plus d'aide que les personnes avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété (67%) et les personnes avec un TUS (21%) (Khan, 2017 ; Urbanoski, Rush, Wild, Bassani et Castel, 2007). Il ne faut tout de même pas commettre l'erreur de penser que l'utilisation de services est corrélée à la satisfaction des services reçus. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - santé mentale menée par Statistique Canada en 2012 a rapporté que « 39% des personnes présentant des troubles concomitants avaient la perception d'avoir un besoin non satisfait ou partiellement satisfait seulement en matière de soins en santé mentale » (traduction libre de Khan, 2017, p.6). Khan (2017), explique que ceci pourrait être parce que « la complexité des troubles concomitants contribue à un moins bon état de santé psychologique et à une utilisation accrue des services » (traduction libre, p.6).

Alors qu'il y a une association de la consommation du cannabis au développement de la schizophrénie, l'utilisation de substances est moins associée à l'apparition d'un trouble d'anxiété. Au contraire, le trouble d'utilisation de substances se développe plutôt quelques années après le trouble d'anxiété (Jane-Llopis et Matytsina, 2006). Il y a aussi des théories étudiées qui suggèrent que lorsqu'un trouble mental est développé à la suite d'une consommation problématique, la consommation est classée comme un élément déclencheur (Jané-Llopis et Matytsina, 2006). Il se pourrait alors que la personne rencontrant des difficultés avec sa consommation ait eu recours à des services de toxicomanie avant l'apparition d'un trouble mental et vice-versa. Il est intéressant de noter que la ressource la plus utilisée pour demander et recevoir de l'aide est le médecin de famille (Urbanoski et al., 2007).

Avant d'utiliser les services, un ou plusieurs événements vont déclencher la demande d'aide. Pour ce qui en est des TUS, il se peut que la demande d'aide soit pour améliorer ses conditions de vie, surtout lorsqu'il y a des conséquences à la consommation. Quelques exemples

de conséquences à la consommation sont la perte d'un emploi ou le bris d'une relation amoureuse ou familiale (Bertrand, Brunelle, Brochu, Landry, Patenaude et Flores-Aranda, 2013). Parfois, c'est parce qu'il y a un développement d'un problème de santé physique ou psychologique, possiblement causé par une rechute. La personne peut aussi vouloir prévenir des conséquences à long terme. Une crise psychologique, un accident ou une hospitalisation sont également des événements déclencheurs. Dans certains cas, utiliser les services accessibles peut réduire une peine carcérale ou même obtenir une libération conditionnelle (Bertrand et al., 2013). Ces raisons de recherche d'aide sont aussi applicables pour les personnes vivant avec le trouble concomitant lorsqu'on prend la nature du trouble en considération. Skogens, Greiff et Topor, (2018) discutent des facteurs personnels et sociaux qui poussent un individu avec un trouble concomitant à débiter une trajectoire de rétablissement. Parmi ceux-ci sont l'initiative personnelle et l'encouragement de la famille.

1.5.1. Accessibilité

Puisque ce projet de recherche porte sur les barrières à l'accessibilité, il est primordial de définir ce qu'est l'accessibilité et sa place dans le système de santé. Le dictionnaire Larousse définit l'accessibilité ainsi : « Droit, possibilité qu'a quelqu'un d'avoir accès à quelque chose » (s.d.). Ce concept est d'ampleur importante dans la vision d'équité d'accès aux services auxquels chacun a droit. La loi canadienne sur la santé dit que les services médicalement nécessaires doivent être accessibles pour tous les résidents admissibles au Canada peu importe leur situation financière (Santé Canada, 2023). La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2023), soutient aussi que « Les Canadiens aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale devraient pouvoir compter sur un accès rapide à des services de haute qualité – au même titre que ceux offerts pour traiter les maladies physiques – peu importe où et quand ils en ont besoin » (paragr. 1). Tout de même, la littérature présente cependant une variété de barrières à l'accès (Andrade et al., 2014; Moroz, Moroz, et Slovinec, 2020; Statistique Canada, 2019; Santé mentale pour enfants Ontario, 2020). La présence de ces barrières perpétue la marginalisation de certaines populations, ce qui se traduit par une continuité des oppressions vécues et du manque de soutien dont elles ont besoin. La recherche démontre une présence d'effets négatifs personnels, sociaux et

économiques qui surviennent lorsque les problèmes de santé mentale ne sont pas traités (Andrade & al., 2014).

Le concept d'accès ne se limite pas à l'accessibilité financière. En fait, il y a quatre autres dimensions qui ont été développées par Penchansky et Thomas (1981). On parle premièrement d'accessibilité spatiale, donc la distance entre l'individu et la ressource. Deuxièmement, la disponibilité, qui fait référence à l'offre de services, de ressources et de professionnels de la santé pour le volume de clients. En troisième lieu, l'accommodation englobe la manière dont les ressources et les services sont structurés pour répondre aux besoins des clients, en tenant compte de facteurs tels que les systèmes de rendez-vous, les heures d'ouverture, les possibilités de consultation sans rendez-vous et les services téléphoniques, ainsi que la capacité des clients à s'adapter à ces facteurs (Penchansky et Thomas, 1981). La dernière dimension est l'acceptabilité qui fait référence à la combinaison des attitudes des clients à l'égard des prestataires de services et vice-versa (Penchansky et Thomas, 1981).

2. Le cadre théorique : Biopsychosocial

2.1. Développement du modèle

En 1977, le docteur George Engel a proposé un modèle biopsychosocial comme alternative au modèle biomédical dominant. Engel écrit qu'il critique le modèle biomédical parce qu'il lui apparaît réductionniste, voulant dire qu'un phénomène complexe est expliqué par une seule cause. Il critique aussi le modèle pour l'utilisation du concept de « dualisme corps-esprit, la doctrine qui sépare le mental du somatique » (traduction libre de Engel, 1977, p.130). Au centre de la proposition d'Engel se trouvent l'inclusion et la considération pour les dimensions sociales, psychologiques et comportementales de la maladie. Le modèle biopsychosocial permet aux professionnels de la santé de prendre en compte l'interaction de ces aspects en plus de l'aspect biologique dans la définition de la maladie au lieu de seulement considérer les manifestations somatiques (Engel, 1977). Plusieurs auteurs utilisent le mot « holistique » pour référer à l'approche développée par Engel pour sa considération de toutes les facettes de l'humain (Borrell-Carrió, Suchman et Epstein., 2004; Drisko et Grady, 2015; Wade et Halligan, 2017). Venant du mot grec, « holos » utilisé pour décrire un tout, « holistique » considère la réalité comme un tout intégré ne pouvant être réduit comme il l'est avec un point de vue réductionniste (Auclair, 1987). Selon Maryse Siksou, « [Les idées de Engel] constituent non seulement un objectif scientifique, mais aussi le fondement d'une idéologie qui tente de contrer la déshumanisation de la médecine et l'infantilisation des patients » (2008, pp. 54–53). Cette vision est en ligne avec la pratique professionnelle du travail social qui soutient que l'approche holistique est « une dimension précieuse du travail social » (ACTS, s.d).

Afin de mieux comprendre ce que sont les trois aspects, il est préférable de les présenter individuellement. Voulant définir chaque aspect de manière directe et compréhensible, j'ai retenu les définitions de l'Association psychologique américaine, qui est l'organisation professionnelle des psychologues aux États-Unis. Leur site web donne accès à un dictionnaire pour des termes psychologiques qui inclut les trois facteurs biopsychosociaux. Il ne faut pas confondre cette organisation avec l'association psychiatrique américaine (aussi APA) qui est responsable pour le DSM. J'ai aussi tiré des exemples d'un article sur les déterminants biopsychosociaux de la santé

publié par la directrice du centre de recherche sur la santé et la société à l'université de Cumbria au Royaume-Uni. Ces deux sources m'ont aidé à donner une définition complète des trois facteurs du cadre théorique.

2.1.1. Aspect biologique

Tel que défini par l'association psychologique américaine, les facteurs biologiques encadrent « toute condition physique, chimique, génétique ou neurologique associée à des troubles psychologiques » (traduction libre, 2021).

Nous parlons ici des facteurs génétiques, de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, de handicaps et de la santé physique (Stuart, 2021).

2.1.2. Aspect psychologique

Continuant avec la définition donnée par la même association, l'aspect psychologique du biopsychosocial traite des « facteurs fonctionnels qui contribuent au développement de la personnalité, au maintien de la santé et du bien-être et à l'étiologie des troubles mentaux et comportementaux » (traduction libre, 2021). Lorsque nous parlons de la psychologie nous parlons de l'estime de soi, la motivation, la santé mentale, les comportements à risque, le traumatisme et autres (Stuart, 2021).

2.1.3. Aspect social

En troisième lieu, l'aspect social considère les « facteurs (par exemple, les attitudes) qui affectent la pensée ou le comportement dans des contextes sociaux ou qui affectent l'image de soi par rapport à d'autres individus ou groupes » (traduction libre, 2021). Ceci inclut l'éducation, l'emploi, la relation familiale, la culture, la religion, le statut socioéconomique, l'inclusion /l'isolement social et autres (Stuart, 2021).

L'ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) fait référence à l'article de Drisko et Grady (2015) pour appuyer que l'approche biopsychosociale est un principe fondamental à la pratique du travail social (2018). Drisko et Grady (2015), affirment effectivement que « les travailleurs sociaux sont éduqués pour intégrer les multiples sources d'information et de connaissances dans leur travail » (traduction libre p.279).

L'intervenant joue un rôle central dans l'utilisation de l'approche biopsychosociale puisqu'il doit conserver « en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers » (Berquin, 2010, p. 1512). L'intervenant doit se positionner pour promouvoir la participation active du patient puisque « les croyances et attentes du patient influencent directement les résultats des traitements » (Berquin, 2010, p.1513). Pour y arriver, l'intervenant doit reconnaître sa position de pouvoir et viser une relation égalitaire avec son patient pour qu'ils travaillent ensemble à comprendre la réalité de ce dernier (Borrell-Carrió, Suchman et Epstein, 2004). Joan Berzoff (2011) nous explique l'importance d'intégrer cette perspective auprès des populations marginalisées. L'approche aide à comprendre les complexités vécues par chaque individu grâce aux multiples niveaux d'évaluation. Berzoff reconnaît que les trois sphères qui composent cette approche s'entrelacent dans un processus d'intersectionnalité, tous s'influencent de manière dynamique (2011). Par exemple, elle écrit que les traumatismes entraînent toujours des conséquences biologiques telles que le stress. Elle rappelle que plusieurs troubles mentaux sont enracinés dans la biologie (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie) (Berzoff, 2011). Le développement du cerveau peut être influencé par des facteurs génétiques ou environnementaux tels que la négligence, la guerre et le racisme, comme l'a expliqué Berzoff en 2011. Ces facteurs peuvent également avoir un impact sur la santé mentale à long terme.

Une revue de la littérature sur l'application du modèle biopsychosocial en santé mentale faite en 2012 a fait ressortir trois types de recherches existantes (Álvarez et al.). Le premier type est un modèle de traitement intégré : les auteurs mettent de l'avant la croyance que le traitement en santé mentale doit inclure de la psychothérapie et de la pharmacothérapie et suggèrent plus de recherche sur le sujet (Gabbard & Kay, 2001). Tel que présenté dans le premier chapitre, le modèle intégré est maintenant reconnu comme le modèle de traitement ayant le plus de succès. Neha Sharma (2018) a utilisé l'approche biopsychosociale en traitement chez un groupe d'hommes vivant avec un TUS et a établi que l'approche est très efficace avec cette population : 74% du groupe ayant suivi une intervention biopsychosociale a continué de s'abstenir de consommer dans les six mois suivant le programme, comparé à 22% chez le groupe n'ayant pas reçu la même intervention (Sharma, 2018). Le deuxième type de recherche soulevé par Álvarez et al. en 2012 est la perception du modèle biopsychosocial comme un processus réflexif. Ce processus a pour but d'enseigner des stratégies pour bien comprendre et appliquer le modèle. Donc, comment prendre

en considération l'aspect médical en même temps que considérer le psychosocial (Jones, Edward et Gifford, 2002). Le troisième type de recherche porte sur la manière d'insérer le modèle dans le curriculum en éducation médicale. Par exemple : « communication médecin-patient, médecine clinique, médecine psychosomatique et psychothérapie, éthique médicale et facteurs psychosociaux » (traduction libre de Álvarez, Pagani et Meucci, 2012, p. 176).

2.2. Critiques du modèle

Le modèle biopsychosocial n'échappe pas aux critiques. Bien qu'il ait été conçu pour dépasser les distinctions dualistes, Berquin (2010) soulève l'argument selon lequel il peut encore être caractérisé par une division, en notant que l'intégration insuffisante des composantes biopsychosociales est souvent constatée. Selon lui, « Ceux qui l'appliquent auraient tendance à juxtaposer et non réellement intégrer » (Berquin, 2010, p.1513). Berquin (2010) a le même point de vue avec le réductionnisme puisque l'évaluation est limitée aux trois aspects (biologiques, psychologiques et sociaux) bien que les déterminants de la santé soient sans limite. Une autre critique du modèle se porte sur sa validité scientifique et questionne si la maladie serait marginalisée lors de son application (Weiner, 2008). Cette critique a été explorée par Gatchel et Turk (2008) et ils ont conclu que Weiner (2008) a fourni de l'information injustifiée dans son article. Geraghty et Esmail (2016) suggèrent que l'utilisation du modèle cause des effets négatifs aux patients, mais Wade et Halligan (2017) expliquent que le modèle biomédical tout comme le modèle biopsychosocial peuvent causer des préjudices s'ils sont mal appliqués et lorsque les limites ne sont pas prises en considération. Malgré ces critiques, le modèle biopsychosocial est le modèle de traitement alternatif le plus établi et le nombre de publications sur le sujet continue de grandir (Wade et Halligan, 2017).

2.3. Pertinence pour cette recherche

Cette revue de littérature a joué un rôle central dans le choix de ce cadre théorique, car l'une de ses caractéristiques fondamentales réside dans sa capacité à élargir les perspectives

(Berquin, 2010). Un des buts de ce mémoire est de faire un bilan des barrières à l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble concomitant. M'inspirant de la grille d'évaluation systémique, nommée officiellement la Grille d'évaluation du patient pour la consultation psychiatrique publiée par Leigh et Reiser en 1982 (voir tableau 1), les types de barrières seront présentés en trois chapitres : un chapitre sur les barrières biologiques, un deuxième sur les barrières psychologiques et un dernier sur les barrières sociales. Tandis que le mot biopsychosocial n'est pas utilisé dans la publication de Leigh et Reiser (1982), la grille démontre bien chaque dimension du modèle biopsychosocial et les auteurs expliquent qu'elle est utilisée pour donner une vue d'ensemble de celles-ci.

Tableau 1

Grille d'évaluation du patient pour la consultation psychiatrique

TABLE 1.—PATIENT EVALUATION GRID (PEG) FOR PSYCHIATRIC CONSULTATION

Dimensions	Contexts		
	Current (Current states)	Recent (Recent events and changes)	Background (Culture, traits, constitution)
Biological	Symptoms Diseased organs Status of related organs Medication and possible side effects Metabolic and electrolyte aberrations	Age Recent bodily changes Injuries, operations Disease Drugs	Heredity Early nutrition Constitution Predisposition Early disease
Personal	Suffering—distress Mental status Expectations and fantasies about illness and treatment, and about psychiatric consultation	Recent illness Personality change Mood, thinking, behavior Adaptations to hospitalization Coping with illness	Developmental factors Early experience Personality type Attitude to illness
Environmental	Supportive figures Family	Life change Family, work, travel	Cultural sick-role expectation
Patient system	Effect of hospitalization on family	Contact with ill persons Contact with doctor or hospital Hospitalization	Family environment Early relations with caretakers
Hospital system	M.D.'s, nurses, social worker, etc. Other patients Status of staff communication Physical environment of the patient	Staff's experience with the patient, with other patients Change in staff Stress on unit	Nature of hospital and unit staffing patterns Staff's personality

Note. Tableau extrait de Leigh & Reiser, (1982, p.74)

2.4. Question de recherche

Bien qu'il y ait une bonne quantité de littérature sur le trouble concomitant, il y a peu de travaux explorant ce qui facilite ou qui rend difficile l'accès aux services pour cette population. Dans ce contexte, la question ayant guidé ma recherche est: Quelles sont les principales barrières à l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble concomitant?

3. Méthodologie

Cette recherche s'efforce de plonger les lecteurs dans le vaste corpus de la littérature existante concernant la complexité des barrières à l'accès aux services essentiels pour les personnes vivant avec des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ce bilan critique nous permettra d'élaborer des recommandations bien informées visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts à la population à l'étude. Dans le chapitre suivant, l'accent sera mis sur la nature de cette recherche, incluant la collecte de données et la méthodologie employée pour l'analyse des données. Cette présentation permettra de mieux comprendre les mécanismes qui ont mené à la présentation des résultats.

3.1. La recherche qualitative

Initialement, mon intention était d'entreprendre une exploration des expériences et des trajectoires avec le soutien d'une certification du comité d'éthique. Ce qui me tenait à cœur était la production de connaissances par biais de récit ou de biographie pour en apprendre davantage sur les expériences de la population à Ottawa. Cependant, la contrainte de temps allouée à l'écriture de ce mémoire dans le cadre de la Maîtrise, qui m'a toujours accompagné dans la rédaction, a rendu l'attente pour le recrutement de participants impossible. Ayant attendu de recevoir de l'intérêt, les mois avançaient et j'ai eu à réorienter mon approche avec cette recherche. Par conséquent, j'ai pris la décision de fermer la demande auprès du comité éthique afin de contourner le besoin de participants humains et de me concentrer sur une méthodologie de collecte de données exclusivement basée sur la littérature. Toute l'information présentée a été tirée de bases de données académiques mais aussi de littérature grise tel que des rapports gouvernementaux et provenant d'organismes spécialisés sur le sujet de la santé mentale et la consommation de substances. La variété de sources m'a permis de faire une analyse la plus approfondie possible sur la problématique. Même sans participants humains, la réflexion critique reste au centre de cette recherche avec le but de promouvoir une plus grande équité pour les personnes vivant avec des troubles concomitants.

Puisque je m'intéresse à un phénomène complexe et non quantifiable, j'utilise une méthodologie qualitative pour répondre à ma question de recherche. Comme l'expliquent Aubin-Auger et al. (2008), « la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer » (p. 142.). Elle permet une compréhension plus approfondie et plus nuancée du sujet, et est bien adaptée pour l'exploration de problématiques complexes. Comme l'affirment René et Dubé (2015), la recherche qualitative adopte une approche naturaliste du monde, cherchant à comprendre et à donner un sens aux complexités de l'expérience humaine. Je cherche à extraire le sens des articles qui seront analysés en catégorisant les types de barrières qui ressortent dans la littérature et non les « transformer en pourcentages ou en statistiques » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.13). Étant donné la nature subjective des données recueillies et le cadre théorique biopsychosocial de cette recherche, la méthode qualitative est la plus appropriée.

De même, j'ai choisi de faire une revue de littérature dite narrative parce qu'elle sert à synthétiser les connaissances sur un sujet et offre la chance de développer des recommandations pour pousser la recherche plus loin (Snyder, 2019). Contrairement à une revue systématique, qui a une méthodologie explicite et rigoureuse et qui sert à étudier un sujet plus défini, la revue narrative offre plus de flexibilité pour étudier un phénomène plus large (Bertrand et al., 2020).

3.2. Analyse des données

J'ai choisi d'utiliser l'analyse thématique pour compléter cette revue de littérature puisqu'elle offre une approche solide pour identifier et documenter les thèmes qui émergent des données qualitatives (Paillé et Mucchielli, 2012). Comme mon projet de recherche vise spécifiquement à explorer les barrières à l'accès aux services dans un contexte biopsychosocial, l'analyse thématique constitue une approche bien adaptée pour classer l'information retrouvée dans la vaste gamme de documents analysés.

Pour débiter le processus, les résumés des articles recueillis ont été soigneusement examinés afin d'identifier leur pertinence par rapport aux objectifs de la recherche. Adoptant la

démarche de thématization en continu, chaque article a été méticuleusement analysé du début à la fin, en veillant à ce que toute l'information pertinente soit extraite (Paillé et Mucchielli, 2012). Pour faciliter l'organisation de l'information et la clarté du processus de rédaction, j'ai mis en place un système de code de couleur. L'information liée aux barrières biologiques a été surlignée en jaune, les barrières psychologiques en rose et les barrières sociales en orange. Ceci m'a été très utile lorsque je voulais rapidement naviguer un document pendant mes relectures.

Lors de mes lectures, je n'ai trouvé aucun document traitant de mon sujet utilisant explicitement un cadre théorique biopsychosocial. Par conséquent, je me suis fiée aux définitions des composantes biologiques, psychologiques et sociales. Malgré cette absence, l'analyse thématique a mis en lumière les multiples types de barrières dans la littérature, ce qui a ensuite orienté le développement de mon projet.

3.3. Échantillon

J'ai rapidement réalisé qu'il y a peu d'articles dans la littérature canadienne portant sur la question de recherche étudiée. Je note qu'il était important pour moi de rester un cadre canadien le plus possible puisque les systèmes de santé et de services sociaux varient entre les pays. Tout de même, j'ai retenu quelques articles pertinents venant d'autres pays. Les banques de données qui ont été utilisées pour recueillir les articles ont été OMNI (la base de données de l'université d'Ottawa), Google Scholar et Google (pour les rapports gouvernementaux), Social Services Abstracts, Academic Search Complete et Érudit.

J'ai utilisé plusieurs variations de mots clés et d'opérateurs booléens (ET/AND) pour obtenir le plus de résultats possibles. Voici les mots clés qui ont été utilisés en anglais et en français : consommation de substances, santé mentale, barrières, accès, trouble concomitant. Par exemple: *access AND co-occurring AND mental AND substance*. De plus, j'ai aussi obtenu des sources pertinentes de bibliographies d'articles qui ont été retenus.

Les articles ont été sélectionnés en fonction d'un critère clé : ils devaient traiter la population adulte plutôt que des adolescents. Originellement, je voulais seulement retenir des articles canadiens mais j'ai réalisé que la littérature venant d'autres pays peut être tout aussi pertinente et peut offrir des pistes de recherche pour la littérature canadienne. Tel que l'a fait Priester et al. (2016), je n'ai pas restreint ma recherche par un critère d'années. Tandis que les termes en lien avec le trouble concomitant n'ont commencé qu'à apparaître dans la littérature pendant les années 1990, les articles peuvent dater de ces années jusqu'en 2023 (Priester et al., 2016). Pour approfondir la recherche et le contenu qui sera présenté, quelques articles spécifiques à la santé mentale et au trouble de consommation de substances ont été retenus. Il faut se rappeler que le trouble de consommation de substances est lui-même un trouble mental (APA, 2013). La personne vivant avec un trouble concomitant est à l'intersection de deux problématiques et pourrait faire face à des barrières aux deux niveaux. Utilisant les méthodes de collecte de données discutées, la majorité du matériel recueilli était en anglais avec l'exception de certains rapports existant en anglais et en français ainsi quelques articles francophones québécois.

4. Résultats

4.1. Les barrières biologiques

Ce chapitre consiste à examiner la place des barrières à l'accès biologiques dans la littérature sur le trouble concomitant. Je rappelle que les barrières biologiques incluent tout ce qui est en lien avec le corps, donc la génétique, l'âge, le sexe, l'ethnicité, le handicap et la santé physique (Stuart, 2021). Parmi les aspects biopsychosociaux, les barrières biologiques sont les moins présentes dans la littérature et demeurent à être développées. J'ai tout de même pu relever deux facteurs, soit les effets secondaires de médication ainsi que les différences entre les sexes.

4.1.1. Effets secondaires de médication

L'impact des médicaments prescrits et des substances non prescrites sur le fonctionnement quotidien d'une personne peut être considérable et peut devenir une barrière à l'accès aux services. Ross et al. (2015) soulignent que prendre rendez-vous n'est pas nécessairement une problématique : la difficulté survient lorsque l'individu affecté par les effets secondaires doit attendre son tour, par exemple 30 minutes, puisque ceci peut être trop exigeant. Ceci est la réalité d'un participant de la recherche de Ross et al. (2015) qui a partagé son expérience. Les effets du crack ne durent pas longtemps du tout, ce qui veut dire qu'une personne avec une dépendance à cette substance pourrait devoir consommer de nouveau aux 15-20 minutes (Addiction Center, 2023). Cela montre comment l'utilisation de substances peut réduire la capacité d'une personne à accéder à des services importants et à rester engagé.

L'article de Ross et al. (2015) mentionne le rôle des effets secondaires des sédatifs dans la prise de rendez-vous et la présence au rendez-vous. Les sédatifs appartiennent à une classe de médicaments qui ralentissent l'activité cérébrale (Cleveland Clinic, 2023). Les types les plus courants sont les benzodiazépines (diazepam, lorazepam, clonazepam etc.) et les barbituriques (methohexital, phenobarbital, pentobarbital, etc.). Ces médicaments sont prescrits pour plusieurs raisons, dont le traitement de l'anxiété, l'insomnie, jusqu'à l'anesthésie (Cleveland Clinic, 2023).

Revenons maintenant aux effets de ces médicaments sur le corps. Parmi eux, l'anxiété est diminuée, les sensations sont atténuées, le rythme cardiaque est ralenti, la fonction musculaire est diminuée, il peut aussi y avoir de la somnolence et des interruptions de la mémoire (Cleveland Clinic, 2023). Notez que ces médicaments présentent un risque de dépendance, et leur utilisation abusive ou non conforme à la prescription originale peut résulter en surdose potentiellement mortelle (Cleveland Clinic, 2023). L'exemple des sédatifs est un parmi plusieurs types de médication qui peuvent créer une barrière aux services.

Il est essentiel de reconnaître et considérer cet obstacle pour promouvoir un accès efficace aux services et faciliter le soutien aux personnes vivant avec des difficultés comme le participant de l'article mentionné ci-haut.

4.1.2. Différences entre les sexes

Le genre joue un certain rôle dans les obstacles que rencontrent les hommes et les femmes lorsqu'ils cherchent à accéder et à s'engager dans l'utilisation des services disponibles. Bien que Agterberg et al. (2020) reconnaissent qu'il y a des recherches portant sur les barrières vécues par les femmes, peu d'études comparent les deux sexes. De plus, les articles existants négligeraient d'analyser les barrières qui pourraient disproportionnellement affecter les femmes (Agterberg et al., 2020). Néanmoins, ce groupe d'auteurs s'est efforcé de combler cette lacune dans la littérature en réalisant une comparaison des obstacles entre les hommes et les femmes. Les conclusions d'Agterberg et al. (2020) s'alignent avec les résultats d'une recherche antérieure faite par Poole et Isaac (2001), indiquant que les hommes et les femmes rencontrent généralement des barrières semblables. Ils se différencient alors parce que les femmes sont confrontées à des barrières supplémentaires liées aux responsabilités familiales, aux facteurs relationnels et à la santé mentale. Ces obstacles comprennent plus spécifiquement le manque de services de garde d'enfants, la stigmatisation associée au fait d'être un parent qui consomme des substances et la peur de perdre la garde de leurs enfants (Agterberg et al., 2020; Poole et Isaac, 2001).

Agterberg et al. (2020) ont poursuivi en expliquant que les individus, hommes et femmes, vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie font face à des obstacles liés à la dépression et la stigmatisation. Les personnes présentant un degré accru de dépression et/ou étant davantage confrontés à la stigmatisation, indépendamment de leur genre, sont plus enclins à rencontrer des obstacles lors de l'accès à divers types de traitement. Par ailleurs, les femmes semblent exprimer plus intensément les effets de la stigmatisation et de la honte liées à leur consommation de substances (Agterberg et al., 2020 ; Brown, 2011).

Un autre article à considérer aborde les facteurs de rétention dans les programmes de traitement, ce qui s'avère également très pertinent pour ce projet de recherche, car il traite principalement des obstacles à l'achèvement du traitement. Choi et al. (2015) expliquent que « les hommes vivant avec un trouble concomitant d'utilisation de substances et de trouble mental qui ont participé à cette étude ont eu plus de difficultés à rester en traitement que les femmes » (traduction libre, p.658). Choi et al. (2015) mentionnent que la durée des programmes de traitement où ils ont recruté leurs participants était entre 28 et 40 jours et qu'en moyenne, les hommes restaient 4.5 jours de moins que les femmes. Pour poursuivre, l'âge joue un rôle dans la rétention au traitement pour les hommes mais pas chez les femmes. Les hommes plus âgés seraient plus susceptibles de rester en traitement plus longtemps que les hommes plus jeunes (Choi et al., 2015). Les auteurs ne mentionnent cependant pas de groupe d'âge spécifique.

En conclusion, ce chapitre a mis en évidence deux principales barrières biologiques, qui sont les effets secondaires de la médication et les différences entre les sexes, à l'accès aux services pour la population à l'étude. Il est essentiel que les prestataires de services soient conscients de l'information présentée pour améliorer les façons de fonctionner. Malgré ces deux points développés sur les barrières biologiques, il y a peu de recherches qui discutent de ces types de barrières. Considérant qu'environ 29% des personnes avec un trouble concomitant sont affectées par une comorbidité avec au moins deux autres problèmes de santé chroniques, cet aspect pourrait bénéficier d'une plus grande attention dans des recherches futures (Khan, 2017). Ultimement, l'objectif est que la population à risque ait des opportunités égales en matière de rétablissement, indépendamment de leurs facteurs biologiques.

4.2. Les barrières psychologiques

J'enchaîne avec un chapitre sur les barrières psychologiques qui ont été identifiées dans la littérature. Ces barrières englobent l'estime de soi, la motivation, la santé mentale, les comportements à risque, le traumatisme et les diagnostics de troubles mentaux (Stuart, 2021; Megan, 2021).

4.2.1. Vulnérabilités personnelles

Des vulnérabilités personnelles peuvent constituer des obstacles importants à l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble mental et un trouble lié à la consommation de substances concomitantes (Priester et al., 2016). Les symptômes associés à ce trouble exacerbent la vulnérabilité individuelle et entravent la capacité à poursuivre une recherche et une demande de services. Ceci en est de même pour la capacité à participer dans un programme de traitement traditionnel (Little, 2001; Priester et al., 2016). Comme l'expliquent Bertrand et al. (2013), le traitement (pour le TUS) peut être arrêté prématurément pour des raisons telles que les émotions vécues en thérapie, un trouble psychologique concomitant ou bien les croyances, intentions et le comportement. L'individu pourrait aussi ne pas aimer les règlements ou la modalité de traitement (Bertrand et al., 2013). Je vais développer sur quelques autres vulnérabilités individuelles telles qu'elles sont présentées dans la littérature.

Nous comprenons que la population est davantage vulnérabilisée en raison de la détresse et la désorganisation qu'elle peut vivre quotidiennement (Drake et al., 2004). Puisque l'utilisation de substances affecte négativement la santé mentale et vice versa, le trouble concomitant « créé une instabilité psychosociale, diminue la motivation ainsi que la capacité à accéder aux services » (traduction libre de Barrowclough et al., 2006; Drake et al., 2007 dans Priester et al., 2016). Ceci est une application concrète du modèle bidirectionnel de Santucci (2012) présenté dans le chapitre de problématique. Effectivement, la motivation joue un rôle important dans l'accès aux services (Bellack et Diclimente, 1999; Kosteniuk et al., 2022; Priester et al., 2016). Kosteniuk et al. (2022)

fournissent une liste des principales réponses qu'ils ont reçu en lien avec les barrières motivationnelles. Elles sont : « Je préférerais me débrouiller seul » ; « Je ne pensais pas que quelque chose pourrait m'aider / rien ne peut m'aider » ; « Je ne veux pas obtenir d'aide pour le moment » ; « J'avais peur de demander de l'aide ou de ce que les autres penseraient de moi » (traduction libre, p.837). La dernière phrase réfère à l'auto-stigmatisation : ce concept sera présenté dans le chapitre sur les barrières sociales.

4.2.2. Attitudes et croyances

Une autre barrière fréquemment évoquée dans la littérature concerne les attitudes et les croyances individuelles. La barrière qui revient le plus souvent est la perception de ne pas avoir besoin de soutien (Andrade et al., 2014). En effet, une analyse basée sur 25 études provenant de l'Organisation mondiale de la santé confirme que la barrière la plus fréquemment citée est de ne pas percevoir le besoin d'utiliser un service (Andrade et al., 2014). Les résultats varient entre 56.4% et 99.3% parmi les articles analysés par Andrade et al., (2014). Statistique Canada rapporte pourtant une réalité très différente de cette recension quelques années plus tôt: les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes présentent qu'environ « 9 personnes sur 10 parmi celles ayant déclaré un trouble de santé mentale et un trouble lié à l'utilisation d'une substance concomitants avaient un besoin perçu de soins de santé mentale » (2013).

De plus, un certain nombre de répondants ont la croyance que le problème n'est pas assez sévère pour aller chercher de l'aide (Andrade et al., 2014). Un nombre plus petit de répondants ont la croyance que le problème s'améliorera seul. Cheng et al. (2018) discutent de l'importance des connaissances sur la santé mentale, expliquant que les personnes étant capable de reconnaître les symptômes ont plus de chances d'aller chercher de l'aide pour la problématique. Avoir une meilleure éducation sur ce qu'est la santé mentale et connaître l'importance de chercher de l'aide quand les symptômes se présentent pourrait alors réduire l'ampleur de cette barrière. Il y a lieu de garder à l'esprit qu'il y a une possibilité que le trouble concomitant lui-même soit la cause d'un jugement biaisé dans cette croyance (Andrade et al., 2014).

En conclusion, les barrières psychologiques constituent un facteur important à l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble concomitant. Les symptômes associés à ce trouble contribuent à la vulnérabilité de cette population et deviennent surtout une barrière additionnelle dans la recherche d'aide autant que pour la continuation du traitement. Certains auteurs ont produit des articles détaillés et informatifs abordant les barrières d'ordre psychologique, mais il reste cependant beaucoup à accomplir, notamment pour tenir pleinement compte de la complexité du trouble examiné.

4.3. Les barrières sociales

Ce prochain chapitre portera sur les barrières sociales. Tel qu'expliqué auparavant, ces barrières émanent du contexte interpersonnel (Megan, 2021). Trois thèmes récurrents ont été identifiés dans la littérature relevant de cette catégorie : la stigmatisation et la discrimination, la ruralité et les populations marginalisées.

4.3.1. Stigmatisation et discrimination

Débutons par définir le stigma et la discrimination puisque ces deux termes se ressemblent mais ont deux significations différentes. La stigmatisation englobe les « attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle » (Santé Canada, 2022). « La stigmatisation se produit simultanément à plusieurs niveaux : individuel (auto-stigmatisation), interpersonnel (attitudes envers la personne affectée et son entourage) et structurel (p. ex., politiques, lois et systèmes discriminatoires et/ou d'exclusion) » (traduction libre, Knaak, Mantler et Szeto, 2017, p. 111). La stigmatisation par association est aussi reconnue dans la littérature : elle réfère aux attitudes négatives que peut recevoir l'entourage de la personne qui est directement stigmatisée (Pryor, Reeder et Monroe, 2011). La discrimination pousse plus loin et est une conséquence de la stigmatisation. Ce terme fait référence au traitement inéquitable ou injuste d'une population en raison de facteurs tels qu'un trouble mental (Stuart,

2005). Malheureusement, « l'étiquette de maladie mentale est depuis longtemps reconnue comme l'une des plus puissantes de tous les stigmates » (Bathje & Pryor, 2011, p. 161).

Malgré la sensibilisation sur les maladies mentales et les politiques antidiscriminatoires existantes telles que la Loi canadienne sur les droits de la personne (Gouvernement du Canada) et la Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendance (Commission ontarienne des droits de la personne), les individus qui sont affectés par cette problématique sont confrontés à la stigmatisation dans toutes les facettes de leur vie. Au Canada, plus d'un tiers des personnes avec une problématique de santé mentale disent qu'ils ont vécu au moins une forme de discrimination (Stuart et al., 2014). Corrigan (2004) développe que même lorsque l'accès aux services est possible sans trop de difficultés, l'utilisation de ceux-ci est trop souvent évitée par peur d'être étiqueté. Mayo Clinic (2017) a aussi publié qu'un des effets de la stigmatisation est une réticence à aller chercher de l'aide, ce qui a comme conséquence une détérioration plus sévère de la santé mentale.

En ce qui a trait à l'auto-stigmatisation, ce type vient de l'internalisation de la stigmatisation vécue (Bathje & Pryor, 2011). Elle se présente sous quatre formes différentes : l'aliénation (ex. sentiments de honte, sentiment d'être responsable d'être malade), l'internalisation du stéréotype (ex. croyance d'être violent(e), incapable), la discrimination contre soi-même (ex. sentiment d'être ignoré, pas pris au sérieux) et l'isolement social (Ponte, 2021). Parmi plusieurs conséquences, la perte d'espoir et l'assomption qu'il n'est pas possible d'être aidé ont le plus d'ampleur. Les adolescents et les jeunes adultes (12-25) seraient les groupes qui vivent le plus l'auto-stigmatisation (Stuart et al., 2014). Parmi tous les groupes, il y a une inquiétude que les croyances négatives personnelles soient validées par des gens de l'extérieur (Bathje et Pryor, 2011). La barrière vient alors du fait que ces individus s'isolent et évitent d'utiliser les services offerts pour ne pas courir le risque de se faire étiqueter soit par leurs pairs ou par les autres clients (Bathje & Pryor, 2011; Motta-Ochoa et al., 2017).

Une prochaine source de stigmatisation qui crée une barrière à l'accès aux services vient directement des prestataires. Knaak et al. (2017) affirment que les professionnels de la santé tiennent des attitudes et des propos stigmatisants envers les individus vivant avec des troubles

mentaux. Cette attestation vient à la fois des usagers des services et des prestataires des services. La stigmatisation peut être vécue de plusieurs façons dans le domaine de la santé, principalement par des attitudes négatives et pessimistes, des biais inconscients, un manque d'éducation, et une culture de travail toxique (Knaak et al., 2017). Non seulement est-ce que ceci crée une barrière pour accéder aux services, mais cette stigmatisation peut aussi créer un bris dans la relation entre le professionnel et l'utilisateur. Avoir une relation négative pourrait faire en sorte que l'utilisateur de service soit moins bien traité qu'un autre et mette fin à sa trajectoire de services (Knaak et al., 2017). L'Association psychiatrique canadienne a publié que 79% des participants (tous des professionnels de la santé) dans leur recherche sur le stigma et la discrimination ont vécu au moins une expérience de discrimination envers un patient en santé mentale (Abbey et al., 2011).

Un environnement malsain aura aussi un impact négatif sur les professionnels. La stigmatisation affecte également la volonté des professionnels de la santé de chercher de l'aide lorsqu'ils en ont besoin par peur de recevoir le même traitement discriminatoire. « Par exemple, la réticence initiale à demander de l'aide peut entraîner une baisse de la productivité, ce qui peut conduire à la confirmation des stéréotypes et à une stigmatisation supplémentaire de la part des collègues, d'où une plus grande réticence à demander de l'aide » (traduction libre de Knaak et al., 2017, p. 112).

4.3.2. Ruralité

Ces services se limitent encore d'avantage et sont parfois inexistantes dans les communautés rurales. La barrière est alors géographique puisque nous considérons la distance que chaque personne doit parcourir pour se présenter au service recherché (Friesen, 2019 ; Hester, 2004). Nous parlons alors d'accessibilité spatiale tel que présenté par Penchansky et Thomas (1981).

Une recherche faite par le département de qualité des services de santé mentale en Ontario a trouvé que « Les personnes vivant dans les régions rurales et celles qui font partie du groupe de revenu le moins élevé sont moins susceptibles d'obtenir une visite de suivi avec un médecin dans les sept jours qui suivent leur congé de l'hôpital pour une maladie mentale ou une dépendance »

(2015, p.9). Notez que les résidents doivent souvent se rendre aux régions urbaines pour pouvoir faire des évaluations de santé mentale (Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), 2022). C'est possiblement aussi une raison pour laquelle les communautés rurales en Ontario ont un taux deux fois plus élevé d'hospitalisations pour des raisons psychiatriques (ACSM, 2022). Une autre recherche datant de 2019 démontre que les territoires canadiens plus ruraux (Yukon, Nunavut, territoires du Nord-Ouest) ont moins de psychiatres par 100 000 personnes que les autres provinces (Association Médicale Canadienne). Kurdyak et al. (2017) développent sur le fait que les psychiatres quittent pour la retraite à un rythme plus rapide que celui auquel ils sont remplacés. Cette situation devient un obstacle considérable pour répondre à la demande croissante de services de santé mentale. À cause de cette disparité, les statistiques de santé mentale semblent être moins problématiques sur papier mais le taux de suicide se retrouve à être plus élevé (Friesen, 2019). Friesen (2019) continue en expliquant que l'accès limité aux services contribue à ce résultat négatif.

Je tiens finalement à noter que le stigma est une barrière importante dans les communautés rurales où tout le monde se connaît (Thornicroft, 2008). Le niveau de confidentialité n'est pas le même que dans une grande ville, alors que les résidents ont tendance à avoir des attitudes plus négatives envers la santé mentale en milieu rural. Non seulement les adultes ont des taux moins élevés de traitement mais cela peut également avoir des répercussions sur les enfants aussi puisqu'il est possible que leurs parents nourrissent des croyances stigmatisantes envers ces troubles (Thornicroft, 2008).

4.3.3. Populations marginalisées

La littérature existante donne une place aux populations marginalisées parce que ces groupes font face à des barrières additionnelles en lien avec leur statut social. J'aborderai maintenant quatre groupes de populations encore plus vulnérables: les personnes en situation d'itinérance, les minorités ethniques et culturelles, les individus incarcérés et finalement les autochtones.

4.3.3.1. Itinérance

Cette population rapporte principalement les mêmes barrières à l'accès que la population générale telles que ne pas savoir où aller chercher de l'aide ou penser que le problème se réglerait seul (Bonin et al., 2006; R. M. Krausz et al., 2013). Les personnes en situation d'itinérance vivent des barrières additionnelles parce qu'elles font face à des difficultés uniques. Krausz et al. (2013) restent vagues dans la description de ces difficultés mais identifient celles de ne pas avoir un téléphone ou un numéro de téléphone, et être préoccupés par le besoin de trouver de la nourriture, un logement ou autres nécessités comme barrières. Schütz et al. (2019) développent aussi sur ce point en expliquant que les difficultés peuvent venir d'un point de vue administratif puisque la personne est sans adresse fixe, ce qui est habituellement requis pour appliquer pour une carte d'assurance santé, une pharmacie et avoir un médecin de famille. De plus, puisque ces personnes sont souvent sans téléphone et peuvent être difficiles à rejoindre, les listes d'attentes et les procédures de référence deviennent un obstacle d'ampleur dans la recherche d'aide. En dernier lieu, la littérature fait mention du stigma et de la discrimination vécue par le fait d'avoir un trouble concomitant et le fait de vivre en situation d'itinérance (Schütz et al., 2019; Skosireva et al., 2014).

4.3.3.2. Minorités ethniques et culturelles

Le Canada a été le premier pays à se déclarer multiculturel aux yeux de la loi avec l'adoption de la politique du multiculturalisme en 1971 (Jedwab, 2020). Entre les années 2016 et 2021, le Canada a accueilli plus de 1.3 millions d'immigrants, un groupe qui compose 23% de la population canadienne (Statistique Canada, 2023). Il est tout de même reconnu que les immigrants font face à de nombreuses barrières en lien avec leur ethnicité (Holley et al., 2016; Kosteniuk et al., 2022; Krausz et al., 2015; Priester et al., 2016; Thomson et al., 2015). Entre autres, les migrants arrivant au Canada affrontent des barrières linguistiques et des barrières en lien avec leurs traumatismes (Krausz et al., 2015; Thomson et al., 2015). Priester et al. (2016) rapportent que ce groupe est particulièrement affecté par la sous-identification du trouble concomitant mais n'identifient pas immédiatement la cause. D'autres auteurs expliquent que cette population est presque exclue du système de santé et dans les cas où ils ne le sont pas, ils arrivent rarement à accéder à des services sensibles à leur culture (Eliason et Amodia, 2006; Krausz et al., 2015).

Prenant en considération la variété de cultures au Canada, il y a une multitude de croyances et de stigmates différentes envers la santé mentale et l'utilisation de substances. Thomson et al. (2015) ont identifié quatre types de barrières à l'accès influençant les immigrants : des barrières à l'accès à l'information en lien aux services, des barrières culturelles, des barrières en lien avec l'expérience d'intégration au pays et des barrières dues au manque de services culturels.

Lorsque Thomson et al. (2015) présentent le premier type de barrière, ils font référence au manque de sensibilisation envers les troubles mentaux et de connaissance des services disponibles. Tout comme j'ai discuté de l'importance des connaissances en santé mentale en citant Cheng et al. (2018) dans le chapitre sur les barrières psychologiques, Thomson et al. (2015) expliquent que certaines populations immigrées ne reconnaissent pas les troubles mentaux et ne savent pas qu'il existe des services adaptés à la culture.

Justement, la différence de culture elle-même joue un rôle dans les barrières à l'accès. Ce n'est pas toujours le cas, mais il peut y avoir une incompatibilité culturelle entre l'immigrant/la personne de minorité ethnique et le prestataire de service qui empêche une relation d'aide (Thomson et al., 2015). Ceci peut inclure mais ne se limite pas à la stigmatisation, aux normes attribuées aux hommes et les femmes et aux variations culturelles dans la présentation clinique de certains troubles. Il est reconnu que certaines cultures utilisent des thérapies alternatives pour gérer ces troubles comme la religion et le soutien familial (Thomson et al., 2015).

Les barrières en lien avec l'expérience d'intégration au Canada incluent la difficulté à trouver un emploi ce qui contribue à l'exclusion sociale vécue, et affecte en conséquence la santé mentale de manière négative. De plus, les immigrants peuvent avoir des difficultés à comprendre le fonctionnement du système de santé et même avoir une perception négative des institutions (Thomson et al., 2015).

Thomson et al. (2015) soulignent que les immigrants sont confrontés à des obstacles linguistiques, étant donné que les services offerts dans leur langue maternelle demeurent très restreints. Les immigrants rapportent aussi vivre du racisme et de la discrimination, soit

directement en lien avec la race ou de façon plus indirecte au niveau du manque de services adaptés à la culture et le manque de professionnels d'ethnicités différentes (Holley et al., 2016; Kosteniuk et al., 2022).

4.3.3.3. Individus incarcérés

Pour poursuivre, quelques auteurs font mention des individus vivant avec un trouble concomitant et ayant été criminalisés (Motta-Ochoa et al., 2017; Priester et al., 2016; Urbanoski et al., 2007). Les auteurs cités expliquent qu'il y a non seulement une surreprésentation des personnes vivant avec un trouble concomitant dans le milieu carcéral, mais il y a plusieurs facteurs affectant la probabilité de recevoir de l'aide qu'il reste à étudier davantage. Certains auteurs suggèrent que le sexe affecte la recherche d'aide par suite de l'incarcération, mais les résultats varient d'une étude à l'autre (Hartwell et al., 2013). D'autres étudient les disparités ethniques chez la population incarcérée et concluent que « les groupes ethniques marginalisés sont significativement plus susceptibles d'être affectés et d'avoir des contacts avec le système de justice pénale » (traduction libre de Hartwell et al., 2013, p. 12). Hartwell et al. (2013) suggèrent aussi que la combinaison des stigmatismes vécus par cette population intersectionnelle est une barrière.

Ce qu'il doit être retenu de cette population est que le système n'est pas en faveur de leur succès à la suite de leur retour en communauté (Hartwell et al., 2013). « Le TUS est un trouble chronique récidivant et le trouble concomitant est la norme chez les personnes souffrant de troubles mentaux et ayant des démêlés avec le système de justice pénale » (traduction libre de Hartwell et al., 2013, p. 19).

4.3.3.4. Autochtones

La situation des autochtones est le dernier cas à être abordé. Reconnaissant l'historique de colonisation, d'oppression, de traumatismes culturels et de pauvreté, la population autochtone est victime d'un taux plus élevé de suicides et de troubles liés à l'alcool par rapport à la population non autochtone (Krausz et al., 2013). Cette disparité est enracinée dans la crise des soins de santé chez les autochtones qui se caractérise, entre autres, par des mauvaises conditions de vie, une

marginalisation constante, l'utilisation de substances et un accès limité aux soins de santé dans leurs communautés (Krausz et al., 2015). Krausz (2015) enchaîne que cette population est « également surreprésentée dans tous les groupes particulièrement marginalisés comme les personnes en situation d'itinérance, les familles d'accueil ou dans le système carcéral » (traduction libre, p.50). Ils font alors face à cette multitude de barrières de manière simultanée.

Les disparités raciales et ethniques se manifestent également au niveau des références vers le traitement pour les troubles mentaux et les TUS. Les parents autochtones impliqués avec l'aide à l'enfance sont moins souvent évalués pour des troubles mentaux, bien qu'ils aient la plus forte prévalence de troubles mentaux et émotionnels (Libby et al., 2007), notant que moins de 20% des individus ayant été évalués ont été référés à des services de santé mentale (Libby et al., 2007). À l'inverse, ces auteurs arguent que les parents autochtones impliqués avec l'aide à l'enfance sont plus souvent évalués pour des problématiques d'abus de substances, ce qu'ils attribuent à l'existence de stéréotypes envers la prévalence de cette problématique chez cette population. Le participant d'une recherche en particulier a d'ailleurs affirmé ne pas savoir s'il se fait moins bien traiter par les prestataires de services à cause de son trouble mental, son poids ou sa race (Holley et al., 2016).

En dernier lieu, les autochtones sont très affectés par la barrière de la ruralité puisqu'ils vivent souvent dans les régions rurales et isolées géographiquement. En outre, le peu de services accessibles ne sont pas non plus culturellement adaptés pour fournir des services de qualité aux autochtones résultant en une accessibilité encore plus réduite (Friesen, 2019). « En d'autres termes, les perspectives des colons sur la maladie mentale peuvent ne pas correspondre à celles des autochtones, ce qui entraîne des diagnostics psychiatriques inappropriés chez la culture autochtone » (Friesen, 2019, p. 48).

Tous les facteurs mentionnés ci-haut démontrent la situation intersectionnelle des autochtones et la complexité des barrières d'accès aux services vécue par ces derniers.

Pour conclure, les barrières sociales jouent un rôle important dans l'accès aux services essentiels pour diverses populations. La littérature existante fournit beaucoup d'information sur

les barrières à ce niveau. Ayant exploré la stigmatisation et la discrimination, la ruralité et les populations vivant de la marginalisation intersectionnelle, il est évident que l'aspect social du cadre théorique doit être étudié pour mener à des changements.

4.4. Les barrières structurelles

Avant d'aborder les recommandations visant l'amélioration de l'accès aux services, il est crucial d'examiner les barrières structurelles. Ces barrières sont de nature institutionnelle et organisationnelle (Carrillo et al., 2011). Par exemple, le temps d'attente, la continuité des soins, les heures d'opération d'un service et les barrières financières (Carrillo et al., 2011). Bien qu'elles dépassent le cadre du modèle biopsychosocial, ces barrières ont toute leur pertinence dans le contexte de cette recherche en raison de leur présence notable dans la littérature et de l'impact qu'elles ont sur la disponibilité des services. Certaines barrières mentionnées auparavant dans le texte sont considérées structurelles, mais il y a des barrières additionnelles qui ne pouvaient pas être classées dans l'une des trois catégories biopsychosociales.

Un des principaux défis mis en lumière est le manque de financement alloué au domaine de santé mentale et de toxicomanie. Même si 11% à 15% du fardeau de la maladie en Ontario vient de la maladie mentale et les TUS, seulement 7% du budget est consacré aux services qui y sont reliés (Brien et al., 2015; CAMH, 2023). En comparaison, d'autres pays occidentaux y allouent des pourcentages considérablement plus élevés, comme 13 % en Angleterre et 15 % en France (Moroz et al., 2020). Selon un rapport de 2016, le Canada aurait besoin de 1,5 milliards de dollars de plus par année pour répondre à la demande croissante de services de santé mentale (Bartram et Lurie, 2017). Ces statistiques pourraient avoir changé depuis le début de la pandémie puisque 54% des Canadiens ont dit que leur santé mentale a empiré au cours des deux dernières années mais il n'y a présentement pas de rapports plus récents (Institut Angus Reid, 2022). Bien que le gouvernement libéral ait promis un investissement important dans le domaine de la santé mentale, notamment 4,5 milliards de dollars sur cinq ans, ces fonds n'ont pas encore été inclus dans le budget fédéral, ce qui perpétue les problèmes d'accessibilité (Loriggio, 2021).

Le sous-financement du domaine de la santé mentale a comme résultat que la psychothérapie n'est pas couverte par l'assurance-santé de l'Ontario. Les individus voulant poursuivre un traitement avec un psychothérapeute doivent soit payer de leur poche ou par l'entremise d'une assurance privée généralement offerte par un employeur (ACSM, 2021). L'assurance privée couvre en moyenne seulement deux à huit séances (ACSM, 2021). Cette situation restreint considérablement l'accès à ce type de traitement et sa continuation pendant une durée appropriée. Pour les cas plus sévères de troubles mentaux, les coûts des psychiatres sont couverts par l'assurance-santé de l'Ontario mais les listes d'attentes sont longues (ACSM, 2021; Moroz et al., 2020). Alors, les services ne sont pas nécessairement accessibles lorsque la personne en a le plus besoin. En bout de ligne, le manque d'accès aux services appropriés fait en sorte que les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale se retrouvent plus souvent à l'urgence d'un hôpital, ce qui devient un coût additionnel pour la province (CSCM, 2014).

En 2013, l'ACSM a mentionné que l'Ontario n'avait pas de directives provinciales pour l'organisation des services offerts aux personnes vivant avec un trouble concomitant, et ce, même avec un effort d'intégrer les services de santé mentale et de toxicomanie. Selon mes recherches sur le sujet, il n'y a pas eu de changements depuis. L'ACSM associe le manque de financement et d'éducation pour les professionnels à l'inexistence de directives, ce qui résulte en un manque de standards et de politiques à travers les différents services (2013). Priester (2016) affirme effectivement « qu'il y a un manque de services spécialisés pour traiter les personnes avec un trouble concomitant » (traduction libre, p.55). À la base, les professionnels de la santé n'ont pas les connaissances nécessaires pour soutenir un individu avec un trouble concomitant ou même les référer vers les bonnes ressources (Priester et al., 2016).

Nous comprenons que les barrières structurelles font partie d'un grand système et que tout s'entrelie pour affecter plusieurs aspects différents de l'accès. Le prochain chapitre proposera quelques recommandations pour apporter une amélioration à la prestation des services.

5. Discussion et recommandations

Les chapitres précédents ont examiné les divers obstacles qui entravent l'accès aux services pour les personnes vivant avec des troubles concomitants. Ces chapitres ont décortiqué les multiples facettes de ces barrières qui semblent être enracinées dans notre société. Dans ce chapitre, je vais analyser les résultats de cette recherche afin de proposer par la suite des pistes de solutions et d'amélioration de l'accès pour l'avenir.

L'utilisation du modèle biopsychosocial a offert une perspective qui permet une nouvelle perception des obstacles et la classification de ceux-ci, tout en rappelant que les trois aspects biopsychosociaux sont interreliés et en interaction constante. À ma connaissance, il n'y a pas de littérature existante sur ce sujet qui propose le cadre théorique utilisé. Cette analyse a alors présenté les résultats de manière différente menant à une variété de pistes de réflexion.

Je m'attendais à trouver davantage d'informations concernant les barrières d'ordre biologique, particulièrement en ce qui concerne la comorbidité avec des problèmes de santé physique. J'avais précédemment mentionné que près de 29 %, soit presque un tiers des individus atteints de troubles concomitants, vivent avec au moins deux autres problèmes de santé chroniques (Khan, 2017). Il serait pertinent d'examiner si ces problèmes de santé physique constituent un obstacle pour les personnes cherchant à accéder aux services. De plus, j'ai associé deux facteurs aux barrières biologiques : les effets secondaires des médicaments et les disparités entre les sexes, renforçant ainsi la validité de cette dimension du cadre théorique. Les futures recherches devraient particulièrement se concentrer sur cet aspect afin de développer les meilleures pratiques au sein de cette population et d'élaborer des approches thérapeutiques des plus efficaces.

Deux points importants ont été soulevés au niveau des barrières psychologiques. Les vulnérabilités personnelles et les attitudes et croyances, qui englobent chacun une variété de raisons pour ne pas avoir recours aux services.

Les barrières sociales sont sans doute les plus développées dans la recherche sur la problématique. Potentiellement en raison de la nature sociale de la recherche. Les institutions doivent prendre un rôle proactif pour éliminer ces difficultés le plus possible.

Voici alors quelques recommandations tirées de la littérature pour faciliter l'accès aux services et la rétention des clients.

5.1. Éducation et sensibilisation

Un autre défi réside dans la sous-identification des troubles concomitants. Afin de surmonter cette problématique, il est préconisé de fournir davantage de ressources et de formation aux professionnels dans les domaines de santé mentale et de toxicomanie. Hawkins (2009) propose des cours théoriques et pratiques au sujet des troubles concomitants pour améliorer les compétences des professionnels. Elle aimerait même que ces cours soient obligatoires et offerts aux médecins de famille autant qu'aux conseillers scolaires. Ross et al. (2015) soulignent que plusieurs personnes vivant avec le trouble concomitant ont l'impression que les prestataires de soins primaires manquent de connaissances et tiennent des propos stigmatisants envers les gens vivant avec des troubles mentaux et les TUS. Cette proposition pourrait donc contribuer à une meilleure identification et intervention envers ces troubles. En outre, Marel et al. (2016) soutiennent le besoin d'adresser cette lacune dans la formation des professionnels. Ils concluent qu'en comblant ce besoin, l'expérience des personnes qui cherchent de l'aide pourrait être grandement améliorée.

D'un autre point de vue, Cheng et al. (2018) expliquent pourquoi il est important pour tous d'être éduqués sur la santé mentale et comment ceci aide à la reconnaissance de difficultés liées à la santé mentale. Ayant mené cette étude auprès d'étudiants de niveau collégial, ils recommandent que les conseillers fassent de la sensibilisation sur les symptômes et l'importance d'utiliser les services qui sont disponibles (Cheng et al., 2018). Cheng et al. (2018) associent aussi une meilleure éducation sur ce sujet à la réduction de l'auto-stigmatisation, une autre barrière présentée sous le volet des barrières sociales. Le besoin d'éducation et de sensibilisation chez les populations

étudiantes est renforcée par le fait que « environ 38% des Canadiens ayant un problème de santé mentale ou un TUS rapportent que leurs symptômes ont commencé avant l'âge de 15 ans » (Institut canadien d'information sur la santé, p.6). Corrigan, (2004) est un autre chercheur qui identifie aussi l'éducation comme manière de combattre la stigmatisation vécue par la population à l'étude. Bien que la réduction de la stigmatisation ne soit qu'une des nombreuses barrières, elle mérite d'être abordée afin d'encourager le plus grand nombre d'individus possible à solliciter les services lorsqu'ils en ont besoin.

5.2. Intégration et *no wrong door*

Bien que le succès du modèle de traitement intégré ait été présenté dans le chapitre sur la problématique, il faut continuer de développer les services existants pour promouvoir ce type de collaboration. Utiliser le modèle intégré élimine plusieurs barrières puisque la personne peut être prise en charge par une équipe composée de multiples professionnels en santé mentale et en toxicomanie, professionnels qui sont formés pour répondre aux besoins de celle-ci. Ce modèle vient alors enlever la barrière de stigmatisation et de la discrimination démontrée par les professionnels.

En lien avec l'intégration des services, je poursuis avec la pertinence du modèle *no wrong door* qui :

« reconnaît que les personnes vivant avec des troubles concomitants peuvent ne pas comprendre les différences entre les divers systèmes de services sociaux et de traitement et se présenter à n'importe quel d'entre eux. Plutôt que de rendre l'individu responsable de trouver le bon service, les agences prennent cette responsabilité, soit en fournissant le service requis, soit en établissant des liens avec d'autres programmes. » (traduction libre de Hawkins, 2009, p. 216).

Cette approche est importante parce qu'elle réduit la complexité du système pour l'individu voulant y accéder. Elle ouvre la porte au point d'entrée le plus accessible, que ce soit un médecin de famille ou même une plateforme virtuelle.

5.3. Équipe communautaire de traitement intensif

Les équipes communautaires de traitement intensif (ÉCTI) représentent un pilier essentiel au soutien aux personnes aux prises avec un trouble mental grave et persistant et un TUS (Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario, 2004). Ces équipes s'occupent en priorité des personnes avec un diagnostic de schizophrénie, d'autres troubles psychotiques et de troubles bipolaires. Le principe sous-jacent, défendu par le document de normes des ÉCTI de l'Ontario (2004), est que ces troubles ont un risque plus élevé à déclencher des incapacités à long terme. De manière significative, la concomitance avec un TUS pendant un minimum de six mois amplifie le niveau de soutien requis. Ces équipes multidisciplinaires sont composées « d'un psychiatre, un assistant de programme/d'administration, un coordinateur d'équipe, des infirmiers, au minimum un travailleur social, un ergothérapeute, un spécialiste en toxicomanie, un spécialiste en formation professionnelle, un soutien au pairs et d'autres membres du personnel clinique » (Ontario, 2004, p.12). Les clients de ces équipes ont accès à tous ces professionnels au besoin.

Les standards pour les ÉCTI demandent que les équipes soient composées de professionnels représentant une variété de cultures et d'ethnicités (Ontario, 2004). En outre, les équipes sont tenues de considérer les contextes culturels et ethniques de leurs clients pour s'assurer que les interventions sont pertinentes et efficaces, démantelant ainsi les barrières auxquelles sont confrontés les groupes minoritaires au sein des communautés desservies.

L'ÉCTI réduit aussi les barrières biologiques et psychologiques dans le monde du possible parce qu'il n'y a pas de quantité maximale de sessions. Cette approche unique signifie qu'une personne admise peut recevoir du soutien de la part d'une ÉCTI toute sa vie avec un temps d'attente minime pour une rencontre avec un des professionnels de l'équipe, même dans son domicile ou encore dans un parc.

Bien que l'accès à ces équipes ne soit pas exempt de difficultés en raison des listes d'attente et des critères d'admission spécifiques, la proposition de nouvelles équipes ou l'expansion des

équipes existantes est prometteuse pour atténuer cet obstacle, bien qu'elle nécessite un financement spécifique pour sa mise en œuvre.

L'accès à ces équipes présente ses propres barrières puisqu'elles ont des listes d'attente et des critères d'admission spécifiques mais l'addition de nouvelles équipes ou l'expansion d'équipes existantes pourrait réduire cet obstacle, bien qu'elle nécessite un financement pour sa mise en œuvre.

5.4. Offre de services virtuels

Cette recommandation en particulier a principalement émergé durant la pandémie de la COVID-19, bien qu'elle ait commencé à faire l'objet de débats antérieurement. Le développement de services virtuels vise à combler plusieurs barrières à l'accès, surtout pour les communautés rurales où il y a une pénurie de professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie. Un exemple prometteur de l'efficacité des services virtuels est qu'un service de thérapie en ligne en Saskatchewan a demandé à 1700 clients s'ils étaient satisfaits du service et 91% ont répondu qu'ils étaient satisfaits ou très satisfaits. 49% de ce groupe vivait en ruralité (CSMC, 2017). Tandis qu'il faut considérer que les services virtuels n'atteindront pas toute la clientèle qui pourrait en bénéficier, ils viennent combler la lacune de services jusqu'à un certain point. Il faut prendre en considération qu'il y a des endroits qui n'ont pas ou presque pas accès à des réseaux internet assez puissants pour ce type de service, surtout au Nunavut et au Yukon où il n'est pas rare de ne pas avoir de cellulaire ou de téléphone à la maison (CSMC, 2017).

5.5. Services adaptés à la culture

Les services sensibles à la culture jouent un rôle indispensable dans l'amélioration de l'accès aux services pour les minorités ethniques et culturelles. Je rappelle que Holley et al., (2016) avaient identifié que le manque de personnel de cultures et d'ethnicités différentes et de programmes spécifiques à la race était une forme de discrimination. Ces chercheurs soutiennent le

besoin pour les prestataires de services de prendre l'initiative d'engager du personnel mixte et d'inclure des minorités dans des positions de leadership. L'équipe entière de professionnels devrait être éduquée sur les besoins spécifiques des cultures desservies (Holley et al., 2016). Thomson et al., (2015) font mention de l'importance d'offrir des services de traduction au besoin. En reconnaissant et en prenant en compte les valeurs, les croyances et les pratiques culturelles uniques des différents groupes, les services adaptés créent un environnement dans lequel les individus de cultures différentes peuvent se sentir compris, respectés et valorisés. Ces services, fondés sur la compétence culturelle, favorisent un sentiment de confiance et de connexion entre les prestataires de services et leurs clientèle (Thomson et al., 2015). Les services adaptés à la culture éliminent les barrières linguistiques et les stigmates qui peuvent entraver l'accès des communautés marginalisées. Cette approche assure que les plans de traitement sont adaptés aux normes culturelles et aux réalités de chaque client, ce qui conduit à des interventions plus efficaces et plus pertinentes.

5.6. Question de financement

Ces recommandations semblent offrir de belles promesses en théorie, mais la question de faisabilité se pose : peuvent-elles vraiment être mises en œuvre? Il est difficile de l'affirmer sans avoir le financement adéquat. Tel que présenté précédemment, le budget attribué au domaine de la santé mentale dans la province Ontarienne est improportionnel à la demande de services. Tout de même, je suis convaincue que le développement d'initiatives bien structurées et la communication de celles-ci aux personnes responsables du budget pourrait faire progresser la situation de l'accessibilité des services pour les personnes vivant avec des troubles concomitants. La nécessité de l'allocation de financement accrue, ciblé sur l'amélioration de l'accès aux services, est une priorité. La situation actuelle de la province exige un engagement des professionnels dans le domaine de la santé à obtenir ce soutien. Cependant, je ne crois pas que progrès dépend uniquement du financement. Au contraire, deux des valeurs professionnelles inscrites dans le code de déontologie de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) (2005) sont la défense de la justice sociale et le service à l'humanité. Les travailleurs sociaux ont le mandat

de s'engager dans la collaboration et d'explorer des possibilités pour améliorer la prestation des services, même dans les limites des ressources disponibles.

Conclusion

Ce mémoire a mis en lumière les multiples facettes des barrières à l'accès aux services auxquelles sont confrontées les personnes affectées par des troubles concomitants. Rappelons que le lien entre les troubles mentaux et les TUS est assez récent, apparaissant seulement dans la littérature depuis les années 1970-1980. Grâce à toutes les années de recherche entre la reconnaissance du trouble et aujourd'hui, nous avons une certaine compréhension des approches thérapeutiques les plus efficaces. Toutefois, la problématique de l'accessibilité reste un sujet de discussion important puisqu'il y a encore plusieurs barrières.

Mes questionnements concernant les défis auxquels est confrontée la population étudiée m'ont conduit à formuler la question suivante: Quelles sont les principales barrières à l'accès aux services pour les personnes vivant avec un trouble concomitant?

Par conséquent, le premier chapitre de ce mémoire a mis en évidence l'importance d'aborder cette question complexe en fournissant au lecteur une analyse complète du contexte historique des troubles concomitants en tant que problème social. Le premier chapitre s'est penché sur la prévalence actuelle des troubles concomitants, a examiné les différentes dimensions qui constituent ces troubles (trouble mental et toxicomanie), a offert un portrait détaillé de la population touchée et a analysé de manière critique l'utilisation et l'accessibilité des services disponibles. En plongeant le lecteur dans cette vue d'ensemble, le chapitre a préparé le terrain pour une revue approfondie des barrières à l'accès aux services auxquelles font face les personnes vivant avec des troubles concomitants.

Enchaînant avec le cadre théorique, ce mémoire a proposé une approche distincte et holistique soulignant l'importance d'utiliser une perspective intégrée lors de la revue des facteurs influençant l'accès. Le cadre biopsychosocial a permis d'explorer les aspects biologiques, psychologiques et sociaux des barrières à l'accès aux services tout en gardant l'interaction entre ces aspects à l'esprit.

L'approche méthodologique qualitative employée dans cette étude, faite par le biais d'une analyse thématique, a permis une exploration rigoureuse des barrières à l'accès aux services. Grâce à la revue de littérature que j'ai entreprise, j'ai pu identifier et classer les principales barrières biologiques, psychologiques et sociales qui rendent difficile et empêchent les individus d'accéder à des services adéquats pour leur trouble concomitant. L'utilisation de cette approche a permis une réflexion sur les changements à être faits, fournissant beaucoup d'information qui pourrait ouvrir la porte à une amélioration de la prestation de services et de l'accessibilité pour les personnes vivant avec des troubles concomitants.

Les chapitres consacrés aux barrières ont approfondi notre compréhension des défis complexes issus des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux tout en abordant les barrières structurelles. En outre, ces chapitres ont démontré l'importance de poursuivre la recherche sur ce sujet pertinent. Le chapitre consacré aux barrières biologiques m'a permis d'aborder les effets secondaires de la médication et les différences entre les sexes. Quant à lui, le chapitre sur les barrières psychologiques s'est penché sur les vulnérabilités personnelles et sur les attitudes et croyances qui ont un impact sur l'accès. L'exploration des barrières sociales a révélé les effets de la stigmatisation, de la discrimination, de la ruralité et des défis additionnels dont sont confrontés quatre populations marginalisées. Enfin, le chapitre consacré aux barrières structurelles a mis l'accent sur les effets du manque de financement sur l'accès et la prestation des services inadaptée à la population.

En m'appuyant sur l'information présentée, le dernier chapitre de ce projet de recherche a présenté des recommandations réalisables visant à améliorer l'accès aux services pour les gens vivant avec des troubles concomitants. Ces recommandations ont englobé des changements au niveau de l'éducation, une sensibilisation accrue, une meilleure coordination des services, une expansion des ÉCTI, une offre de services virtuels et des services adaptés à la culture. En mettant en œuvre ces mesures, les prestataires de services pourraient favoriser un accès équitable et inclusif pour toutes les personnes voulant y avoir recours et ce, peu importe leur situation biopsychosociale.

Bien qu'un projet de recherche empirique aurait eu ses avantages, surtout considérant la contrainte de temps pour écrire ce mémoire, il y a certaines limites à prendre en compte. Ce projet ne bénéficie pas de la production de connaissances venant de participants vivant avec le trouble concomitant qui connaissent les réalités mieux que n'importe qui d'autre. De plus, ce mémoire reste à la surface de plusieurs barrières qui ont besoin d'être développées davantage.

Ce projet de recherche a tout de même soulevé beaucoup d'information sur les barrières à l'accès aux services pour les personnes vivant avec des troubles concomitants et a inclut plusieurs propositions pour améliorer l'accès aux services. Les connaissances partagées par cette recherche peuvent servir de base pour des recherches futures. Elles démontrent le besoin de faire davantage de recherche plus spécifique sur certains points relevés. Ce mémoire peut aussi être une bonne lecture pour les personnes affectées par un trouble concomitant, autant que pour les professionnels qui veulent mieux comprendre les réalités actuelles. Nous vivons dans une société en évolution et l'infrastructure doit pouvoir s'adapter aux changements. Il est primordial d'assurer le bien-être de tous, incluant les populations les plus vulnérables.

Références

- Abram, K. M., & Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, 46(10), 1036-1045.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.10.1036>
- Addiction Center. (2023). Crack Cocaine Symptoms and Warning Signs. Tiré de <https://www.addictioncenter.com/drugs/crack-cocaine/symptoms-signs/>
- Agterberg, S., Schubert, N., Overington, L., & Corace, K. (2020). Treatment barriers among individuals with co-occurring substance use and mental health problems: Examining gender differences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 112, 29–35.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.01.005>
- Álvarez, A. S., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model in Mental Health: A Research Critique. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(13), S173–S180.
<https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823d54be>
- American Psychological Association. (s.d.). APA Dictionary of Psychology. Tiré de <https://dictionary.apa.org/>
- Andrade, L. H. & al. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. (s.d.). 11.2.2 Scope of Practice. Tiré de <https://www.casw-acts.ca/fr/1122-scope-practice>
- Aubin-Auger, I., & al. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine générale* 19(84), 142-45. Tiré de http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
- Auclair, R. (1987). Conjoncture actuelle et approches intégrées. *Service social*, 36(2–3), 207.
<https://doi.org/10.7202/706359ar>
- Barrowclough, C., Haddock, G., Fitzsimmons, M., & Johnson, R. (2006). Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: A descriptive review. *Journal of Mental Health*, 15(6), 619–632. <https://doi.org/10.1080/09638230600998920>

- Bartram, M. & Lurie, S. (2017). Closing the Mental Health Gap: The Long and Winding Road? *Canadian Journal of Community Mental Health, 36*(2), 5–18. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-021>
- Bathje, G. J., & Pryor, J. B. (2011). The Relationships of Public and Self-Stigma to Seeking Mental Health Services. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(2), 161–176. <https://doi.org/10.17744/mehc.33.2.g632039274160411>
- Bertrand, K., Brunelle, N., & Brochu, S. (2013). *Les trajectoires d'utilisation de services des usagers et leur perception des services reçus* [PowerPoint].
- Bertrand, K., L'Espérance, N., Aranda, J. F., & Ngué, D. M. N. (2020). LA MÉTHODE DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE: Illustration portant sur le traitement des troubles concomitants chez les adolescents. Dans M. Corbière & N. Larivière (Édit.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition* (pp. 307–334). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1c29qz7.17>
- Bonin, J.-P., Fournier, L., Blais, R., & Perreault, M. (2006). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, Santé et Société, 4*(2), 211–248. <https://doi.org/10.7202/012604ar>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine, 2*(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Carrillo, J. E., Carrillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A. T. (2011). Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 22*(2), 562–575. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada: Troubles concomitants*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1579948>
- Center for Addiction and Mental Health. (2023). Mental Illness and Addiction: Facts and Statistics. Tiré de <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics>
- Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2023). Cognitive Behavior Therapy. Dans StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>

- Cheng, H.-L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11469-007-9074-8>
- Choi, S., Adams, S. M., Morse, S. A., & MacMaster, S. (2015). Gender Differences in Treatment Retention Among Individuals with Co-Occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders. *Substance Use & Misuse, 50*(5), 653–663. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.997828>
- Chychula, N. M. & Okore, C. (1990). The Cocaine Epidemic: A Comprehensive Review of Use, Abuse and Dependence. *The Nurse Practitioner, 15*(7), 31–39. <https://doi.org/10.1097/00006205-199007000-00009>
- Cleveland Clinic. (2023). Sedative. Tiré de <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24880-sedative#:~:text=Sedatives%20are%20a%20broad%20class,must%20be%20taken%20with%20caution.>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2023). Ce que nous faisons. Tiré de <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/#:~:text=Les%20Canadiens%20aux%20prises%20avec,quand%20ils%20en%20ont%20besoin.>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Miser sur le potentiel de la cybersanté mentale au Canada pour combler les lacunes d'accès. Rapport sommaire.* Tiré de https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-07/MHCC%20January%20Roundtable_FINAL%20FR.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2014). *Why investing in mental health will contribute to Canada's economic prosperity and to the sustainability of our healthcare system.* Tiré de https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_CaseForInvestment_ENG_0_1.pdf
- Commission ontarienne des droits de la personne. (2014). Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances. Tiré de http://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Policy%20on%20Preventing%20discrimination%20based%20on%20mental%20health%20disabilities%20and%20addictions_FRENCH_Accessible_0.pdf

- Cornish, J. W. (1996). CRACK COCAINE ABUSE: An Epidemic with Many Public Health Consequences. *Annual Reviews Public Health, 17*(1), 259–273. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.17.050196.001355>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Czeisler, M. É., & al. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(32), 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and Substance Abuse: What Is Being Learned in Therapeutic Communities. *Journal of Psychoactive Drugs, 21*(2), 177–188. <https://doi.org/10.1080/02791072.1989.10472158>
- Dole, V., & Nyswander, M. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *JAMA : the Journal of the American Medical Association, 193*(8), 646–650. <https://doi.org/10.1001/jama.1965.03090080008002>
- Dozois, D. J. A. & Mental Health Research Canada. (2021). Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne, 62*(1), 136–142. <https://doi.org/10.1037/cap0000251>
- Drake, R. E., Brunette, M. F., & Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia and Co-Occurring Substance Use Disorder. *Am J Psychiatry*.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin, 24*(4), 589–608. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033351>
- Drake, R. E., Morse, G., Brunette, M. F., & Torrey, W. C. (2004). Evolving U.S. service model for patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Acta Neuropsychiatrica, 16*(1), 36–40. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2004.0059.x>
- Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2015). Evidence-Based Practice in Social Work: A Contemporary Perspective. *Clinical Social Work Journal, 43*(3), 274–282. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0548-z>

- Eliason, M. J., & Amodia, D. S. (2006). A Descriptive Analysis of Treatment Outcomes for Clients with Co-Occurring Disorders: The Role of Minority Identifications. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), 89–109. https://doi.org/10.1300/J374v02n02_05
- Friesen, E. (2019). The landscape of mental health services in rural Canada. *University of Toronto Medical Journal*, 96(2), 47-52. Tiré de https://www.researchgate.net/publication/332947233_The_Landscape_of_Mental_Health_Services_in_Rural_Canada
- Gabbard, G. O., & Kay, J. (2001). The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1956–1963. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.1956>
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (2008). Criticisms of the Biopsychosocial Model in Spine Care: Creating and Then Attacking a Straw Person. *Spine*, 33(25), 2831–2836. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31817d24ad>
- Gouvernement du Canada. (2023). Loi canadienne sur les droits de la personne. Tiré de <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/h-6/page-1.html>
- Gouvernement du Canada. (2018). Réduction des méfaits : Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/reduction-mefaits.html>
- Greenberg, G. (2013, 3 Septembre). The Psychiatric Drug Crisis. *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/tech/annals-of-technology/the-psychiatric-drug-crisis>
- Hartwell, S., Deng, X., Fisher, W., Siegfriedt, J., Roy-Bujnowski, K., Johnson, C., & Fulwiler, C. (2013). Predictors of Accessing Substance Abuse Services Among Individuals With Mental Disorders Released From Correctional Custody. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(1), 11–22. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.749449>
- Hawkins, E. H. (2009). A Tale of Two Systems: Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders Treatment for Adolescents. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 197–227. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163456>
- Holley, L. C., Tavassoli, K. Y., & Stromwall, L. K. (2016). Mental Illness Discrimination in Mental Health Treatment Programs: Intersections of Race, Ethnicity, and Sexual Orientation. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 311–322. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-9990-9>

- Institut Angus Reid. (2022). *Two Years of COVID-19 : Half of Canadians say their mental health has worsened; women under 55 hit hardest*. Tiré de https://angusreid.org/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.11_COVID_Anniversary_Mental_Health.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2019). *Ressources des systèmes de santé pour les soins en santé mentale et en toxicomanie au Canada*. Tiré de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-fr-web.pdf>
- Jane-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: A review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515–536. <https://doi.org/10.1080/09595230600944461>
- Jedwab, J. (2011, 27 juin). Multiculturalism. *Encyclopédie Canadienne*. Tiré de <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/multiculturalism>
- Jones, M., Edwards, I., & Gifford, L. (2002). Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. *Manual Therapy*, 7(1), 2–9. <https://doi.org/10.1054/math.2001.0426>
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. *Rapports sur la santé*, 28(82), 3-9. Tiré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kosteniuk, B., Salvalaggio, G., Wild, T. C., Gelberg, L., & Hyshka, E. (2022). Perceived unmet substance use and mental health care needs of acute care patients who use drugs: A cross-sectional analysis using the Behavioral Model for Vulnerable Populations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 830–840. <https://doi.org/10.1111/dar.13417>
- Krausz, M., Vogel, M., & Ploesser, M. (2015). Care for Patients with Addiction and Concurrent Disorders in Europe, The United States of America, and Canada: Similarities and Differences. Dans G. Dom & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders* (pp. 47–59). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45375-5_4
- Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K., & Schuetz, C. G. (2013). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3

- different urban settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1235–1243. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0649-8>
- Kuehn, B. M. (2005). Methadone Treatment Marks 40 Years. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(8), 887–889. <https://doi.org/10.1001/jama.294.8.887>
- Kurdyak, P., Zaheer, J., Cheng, J., Rudoler, D., & Mulsant, B. H. (2017). Changes in Characteristics and Practice Patterns of Ontario Psychiatrists: Implications for Access to Psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1), 40–47. <https://doi.org/10.1177/0706743716661325>
- Larousse (s.d.). Accessibilité. Dans le dictionnaire Larousse.com. Tiré de <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accessibilit%C3%A9/421>
- Leigh, H., & Reiser, M. F. (1982). A systematic approach to psychiatric consultation. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(1), 73–76. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(82\)90065-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(82)90065-4)
- Libby, A. M., Orton, H. D., Barth, R. P., Webb, M. B., Burns, B. J., Wood, P. A., & Spicer, P. (2007). Mental Health and Substance Abuse Services to Parents of Children Involved with Child Welfare: A Study of Racial and Ethnic Differences for American Indian Parents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(2), 150–159. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0099-2>
- Little, J. (2001). Treatment of Dually Diagnosed Clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 27–31. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400465>
- Loriggio, P. (2021, aout). Liberals pledge \$4.5B for mental health; will create transfer for provinces, territories. *Global News*. Tiré de <https://globalnews.ca/news/8154986/liberals-mental-health-promise/>
- Marel C, & al. (2016). *Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings (2nd edition)*. Sydney, Australia: Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Marquis, G. (2005). From beverage to Drug: Alcohol and Other Drugs in 1960s and 1970s Canada. *Journal of Canadian Studies*, 39(2), 57–79. <https://doi.org/10.3138/jcs.39.2.57>
- Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario. (2004). *Ontario Program Standards for ACT teams*. Tiré de https://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mentalhealth/docs/act_standards.pdf

- Minkoff, K. (1989). An Integrated Treatment Model for Dual Diagnosis of Psychosis and Addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(10), 1031–1036. <https://doi.org/10.1176/ps.40.10.1031>
- Moroz, N., Moroz, I., & D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282–287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Motta-Ochoa, R., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., Brunelle, N., Landry, M., & Brochu, S. (2017). A Qualitative Study of Addiction Help-Seeking in People with Different Co-occurring Mental Disorders and Substance Use Problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 883–899. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9762-y>
- Myrick, H., Cluver, J., Swavely, S., & Peters, H. (2004). Diagnosis and treatment of co-occurring affective disorders and substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 649–659. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2004.06.003>
- Nancy Poole & B Isaac. (2001). *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Tiré de https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2001_Apprehensions-Barriers-to-Treatment-for-Substance-Using-Mothers.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2020). Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. Tiré de <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/introduction>
- O'Grady, C. P., & Skinner, W. J. W. (2007). *A family guide to concurrent disorders*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11—L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231–314). Armand Colin; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47–59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>

- Qualité des services de santé Ontario (2015). *Faire le point: Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario*. Tiré de <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-fr.pdf>
- 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.
- René, J.-F. et Dubé, M. (2015). La recherche en travail social. Dans Deslauriers, J.-P. et Turcotte, D. (Édit.), *Introduction au travail social* (p.236-260). Laval, Québec: Presses de l'université Laval.
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Rotermann, M. (2020). Les Canadiens qui s'estiment en moins bonne santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 sont plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis, d'alcool et de produits du tabac. Tiré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00008-fra.pdf?st=7CNbd6Eu>
- Rush, B., Fogg, B., & Nadeau, L. (2008). *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report*. Tiré de <https://ceca-cect.ca/pdf/Main-reportFINALa.pdf>
- Santé Canada. (2023). *Loi Canadienne sur la santé : Rapport annuel*. Tiré de <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2021-2022/canada-health-act-annual-report-2021-2022-fra.pdf>
- Santucci, K. (2012). Psychiatric Disease and Drug Abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 233–237. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283504fbf>
- Schütz, C., Choi, F., Jae Song, M., Wesarg, C., Li, K., & Krausz, M. (2019). Living With Dual Diagnosis and Homelessness: Marginalized Within a Marginalized Group. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(2), 88–94. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1579948>
- Schütz, C., Linden, I. A., Torchalla, I., Li, K., Al-Desouki, M., & Krausz, M. (2013). The Burnaby treatment center for mental health and addiction, a novel integrated treatment program for patients with addiction and concurrent disorders: Results from a program

- evaluation. *BMC Health Services Research*, 13(1), 288. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-288>
- Sharma, N. (2018). Bio-psycho-social Intervention for Relapse Prevention among Males with Substance Dependence. *Dev Sanskriti Interdisciplinary International Journal*, 12, 22–32. <https://doi.org/10.36018/dsij.v12i0.102>
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260(7), 52. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0052>
- Skogens, L., von Greiff, N., & Topor, A. (2018). Initiating and maintaining a recovery process – experiences of persons with dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(3), 101–113. <https://doi.org/10.1108/ADD-09-2017-0016>
- Skosireva, A., O’Campo, P., Zerger, S., Chambers, C., Gapka, S., & Stergiopoulos, V. (2014). Different faces of discrimination: Perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Services Research*, 14(1), 376. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-376>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Statistique Canada. (2013). Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012). Tiré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013009/article/11863-fra.htm>
- Statistique Canada. (2013). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012. Tiré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/130918/dq130918a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2023). Statistiques sur l’immigration et la diversité ethnoculturelle. Tiré de https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/immigration_et_diversite_ethnoculturelle
- Stuart, H. (2005). Fighting Stigma and Discrimination Is Fighting for Mental Health. *CANADIAN PUBLIC POLICY*, 31, S21-S28. Tiré de <https://mdsc.ca/documents/Publications/Fighting%20Stigma%20and%20Discrimination%20is%20Fighting%20for%20Mental%20Health.pdf>
- Thomson, M. S., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015). Improving Immigrant Populations’ Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and

- Recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1895–1905.
<https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>
- Urbanoski, K. A., Cairney, J., Adlaf, E., & Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers: A longitudinal modelling analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 810–818.
<https://doi.org/10.1007/s00127-007-0236-6>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.
<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Weiner, B. K. (2008). Spine Update: The Biopsychosocial Model and Spine Care. *Spine*, 33(2), 219–223. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181604572>
- Whitley, R. (2012). The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing? *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(10), 1039–1041.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100484>
- Wiktorowicz, M., Abdulle, A., Di Pierdomenico, K., & Boamah, S. A. (2019). Models of Concurrent Disorder Service: Policy, Coordination, and Access to Care. *Frontiers in Psychiatry*, 10(61), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00061>