

Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie–santé mentale

Process of change in patients with concurrent substance use — mental health problems

Proceso de cambio en los pacientes con una concomitancia toxicomanía-salud mental

Processo de mudança nos pacientes com concomitância de toxicomania e saúde mental

Didier Acier, Louise Nadeau and Michel Landry

Volume 32, Number 2, Fall 2007

Mosaïques de recherche (1) et Windigo II (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017797ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017797ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Acier, D., Nadeau, L. & Landry, M. (2007). Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie–santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 59–82. <https://doi.org/10.7202/017797ar>

Article abstract

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



Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie–santé mentale

Didier Acier*

Louise Nadeau**

Michel Landry ***

Cette étude est un suivi rétrospectif sur cinq ans qui examine les variations dans la consommation de substances psychoactives et les déterminants de ces variations. Il s'agit d'une recherche exploratoire auprès d'un sous-échantillon de 22 participants, sélectionnés à partir d'un échantillon initial de 197 patients, présentant à la fois des problèmes de consommation problématique de substances et de santé mentale. Au niveau quantitatif, la comparaison statistique entre les deux temps de mesure montre une amélioration de la consommation problématique d'alcool et de drogues et une absence de changement au niveau de l'état psychologique, de la santé, des relations familiales/interpersonnelles et de l'emploi. Au niveau qualitatif, l'analyse de la perspective subjective des participants indique que les deux principaux éléments de progression de la consommation sont les effets et la disponibilité des substances. Les principaux éléments de diminution de la consommation sont l'utilisation des services, des techniques personnelles mises au point par les participants, le réseau familial, les atteintes à la santé physique, le manque de ressources financières, les activités « occupationnelles » et un processus de maturation.

Contexte de la recherche

Les personnes souffrant d'une problématique concomitante de toxicomanie et de santé mentale sont l'un des sous-groupes posant le plus de défis aux institutions soignantes : la prévalence élevée de ce groupe au sein des centres de réadaptation en toxicomanie ou en psychiatrie, une étiologie multiple et les problèmes reliés à l'utilisation des services ont suscité le développement de ce champ de recherche (Acier et Nadeau, 2005). Il s'agit d'un enjeu qui ne fait plus de doute :

* Psychologue-chercheur, Centre Dollard-Cormier, Université de Montréal.

** Professeure titulaire, Groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances, Département de psychologie, Université de Montréal.

*** Directeur de la recherche et du développement universitaire, Centre Dollard-Cormier, RISQ, Professeur associé, Université de Montréal.

une recherche dans PubMed indique l'existence de 286 recensions de la documentation avec le terme « dual diagnosis ».

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

En comparaison avec une clientèle présentant un diagnostic unique, ces patients utilisent plus souvent les centres de traitement, mais refusent plus souvent les services qui sont offerts (Mueser et al., 1992 ; Owen et al., 1996), rechutent plus fréquemment (Landry et al., 2001 ; McLellan et al., 1996), adhèrent peu au traitement, bien qu'ils demandent plus souvent une réadmission en traitement (Moos et al., 1994 ; Moos et al., 1994) et présentent un pronostic moins favorable (Rachbeisel et al., 1999). C'est une population difficile à servir et qui exige un engagement au long cours des établissements et des services (Drake, 2005).

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

Objectifs

Cette étude s'intéresse aux variations de la consommation de SPA et à la perspective subjective des personnes face à leur état : Comment perçoivent-elles le(s) traitement(s) ? Qu'est-ce qui a facilité, selon elles, leur amélioration ? Qu'est-ce qui a contribué à la détérioration de leur état ? Les questions relatives à la diminution de la consommation selon une perspective subjective sont centrales pour des meilleures planification et organisation des services. Nos objectifs sont de décrire les

variations dans la consommation de SPA et de dégager les éléments et processus qui déterminent ces variations à partir d'une analyse du point de vue des participants.

Méthode

À Montréal, le Centre Dollard-Cormier (CDC), un centre de réadaptation pour l'alcoolisme et les toxicomanies, a instauré depuis 1997 un service spécialisé pour répondre aux besoins de patients toxicomanes présentant d'autres troubles mentaux concomitants. Le critère d'admission étant de présenter une problématique de santé mentale, selon l'évaluation d'un intervenant et à l'aide de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT; Bergeron et al., 1992; voir section des instruments de mesure). Une évaluation de l'efficacité du programme a été réalisée auprès de 197 patients (temps I) avec un suivi à sept et 13 mois (temps II et III) (Nadeau et al., 2001). Les résultats obtenus ont été surprenants: lors du suivi du temps III, la moyenne des participants rejoints ($n = 93$) s'était améliorée à plusieurs niveaux, notamment leur consommation d'alcool et de drogues, et ce, autant pour le groupe ayant suivi le traitement que pour le groupe n'ayant pas suivi le traitement ou l'ayant rapidement abandonné. Ces résultats, déterminés quantitativement à l'aide de l'IGT avec un suivi de 13 mois, ont poussé l'équipe à la recherche de nouvelles pistes de compréhension incluant un volet qualitatif en plus d'un instrument objectif. La diminution de consommation constatée est encourageante, mais le fait qu'elle puisse aussi se produire sans utilisation de services questionne le rôle des traitements.

La présente étude a réalisé un temps IV, cinq ans après le premier contact, qui comprend: (a) un suivi longitudinal et rétrospectif de la consommation problématique de SPA sur la période du temps I au temps IV, à l'aide de deux questionnaires autorévélés; (b) l'exploration des mécanismes faisant varier la consommation selon le point de vue des participants, à l'aide d'une entrevue centrée et dans une perspective phénoménologique.

Description de l'échantillon

Le recrutement s'est effectué par le biais d'un échantillonnage théorique, c'est-à-dire déterminé à l'avance afin de constituer un échantillon qui inclut l'information désirée, ce qui est recommandé en recherche qualitative pour assurer la qualité de l'information (Miles et Huberman, 2003). Des 93 participants du temps III, une sélection de 22 participants a été effectuée parmi ceux présentant une diminution de leur consommation. La sélection a utilisé deux critères de

diversification: (1) l'exposition au traitement du CDC («peu ou pas d'heure de traitement» versus «beaucoup») et (2) le genre. Cette diversification est recommandée au sein d'un groupe restreint afin d'atteindre une saturation empirique des processus de changement (Pires, 1997). Depuis le dernier contact, plus de quatre ans s'étaient écoulés, sans mise à jour de l'adresse et des numéros de téléphone. Il n'a donc pas été possible de rejoindre tous les participants selon l'ordre de préférence établi, ce qui a provoqué une baisse involontaire du taux de participation. Cependant, personne n'a refusé de participer à la recherche une fois le contact établi.

L'échantillon est composé de 13 hommes et neuf femmes: 12 des participants bénéficient de la sécurité du revenu et huit ont des emplois, dont trois à temps plein et cinq à mi-temps. Parmi ceux travaillant à mi-temps, deux sont étudiants. Les revenus sont en moyenne de 13 500 \$/par année, comparativement à un revenu personnel moyen par habitant au Québec en 2004 de 28 595\$/par année (Institut de la statistique du Québec, 2006). Si cinq participants vivent avec un conjoint, 18 vivent seuls. La majorité des participants, soit 65 % (14), ont un usage problématique de plusieurs substances: alcool (12), cannabis (9), cocaïne (7) et les huit autres ont une consommation problématique d'alcool uniquement. D'après les dossiers médicaux, tous les participants souffrent d'un trouble mental et dix participants présentent plus d'un trouble. La répartition pour l'ensemble de l'échantillon est la suivante: troubles de l'humeur (n = 16), troubles anxieux (n = 6), troubles de la personnalité (n = 6), psychose et schizophrénie (n = 5). La période d'utilisation des services, recensée entre le temps III et le temps IV, s'échelonne d'une absence de services jusqu'à des consultations de près d'une année. Au cours de la période de suivi, six participants n'ont pas utilisé de services de santé mentale/toxicomanie (groupe d'entraide y compris), six ont fait une utilisation «courte» (moins de trois rencontres) et dix ont fait une utilisation «longue» (au moins quatre rencontres). Un contrôle a été réalisé au niveau de l'utilisation d'autres ressources en santé mentale et toxicomanie, ce qui sera décrit dans la partie des résultats qualitatifs.

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

Instruments de mesure

Cinq sources de données ont été considérées : (1) l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) — version abrégée (Bergeron et al., 1992); (2) le *Timeline Followback (TLFB)* (Sobell et Sobell, 1992), (3) une entrevue qualitative, (4) le dossier médical conservé au CDC (soit les évaluations psychiatriques, les notes évolutives des intervenants et l'utilisation des services), (5) une partie des informations recueillies lors de l'étude de Nadeau et al. (2001) en 1997-1998 (temps I) (soit les données démographiques, l'IGT de 1998 et l'IGT version abrégée de 1998-1999).

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

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

Le Timeline Followback (TLFB)

Le *Timeline Followback* est une méthode d'évaluation de la consommation développée par Mark et Linda Sobell (1992). Cette technique permet un recueil d'informations des substances consommées en termes de produits et de quantité. Le TLFB permet une représentation graphique du volume consommé par chaque participant pour chaque substance problématique pour la période sous étude, soit de 1998-1999 à 2004-2005. Cet outil permet de suivre les variations de la consommation pour chaque mois selon un calendrier. La technique demande des points de repère temporels (fête, déménagement, début de travail, décès...) pour faciliter le rappel d'informations. Le TLFB est un outil validé sur une période rétrospective de 12 mois (Sobell et Sobell, 1992).

L'entrevue qualitative ou entrevue centrée (focused interview)

Les entrevues qualitatives, dites entrevues centrées (*focused interview*) (Merton et al., 1990), permettent de recueillir la perception

subjective des participants dans le cadre d'un thème précis. Il s'agit d'une approche phénoménologique qui laisse un espace de parole au sujet tout en se centrant sur des objectifs déterminés à l'avance. Les entrevues étaient d'une durée d'environ 90 minutes et ont été réalisées par l'auteur principal, psychologue clinicien depuis cinq ans.

Analyse des données

Toutes les entrevues ont été transcrites puis codées et analysées à l'aide du logiciel QSR N'vivo 2.0. À partir du discours des participants, des catégories ont été construites afin de dégager les phénomènes d'intérêts. La méthode utilise un processus itératif faisant un retour constant entre les verbatim et les objectifs de la recherche. Le codage et l'analyse ont toujours tenté de rendre compte fidèlement du sens donné par les participants, mais ils ont aussi synthétisé des unités de sens sous des catégories plus englobantes. Toute étude qualitative se heurte à la limite de la transition de l'univers de discours des participants à l'univers de discours scientifique. Est-ce que les mots et les sens utilisés par les participants pour nommer leurs vécus et leurs expériences peuvent être adéquatement perçus et transcrits par une terminologie scientifique? Les chercheurs ne projettent-ils pas leurs attentes sur un matériel hautement subjectif? Pour limiter les biais induits par le chercheur principal, un travail d'accord inter-juge a été réalisé en équipe, mais aussi avec deux personnes indépendantes, afin de valider la pertinence des catégories. Un contre-codage a été effectué sur six des entrevues en vue de contrôler la fidélité et la validité de concordance de l'échantillon (Van der Maren, 1996). La comparaison entre les deux codifications a permis d'établir un taux de concordance de 77,77 %, ce qui est considéré comme une norme satisfaisante (Harris et al., 1997).

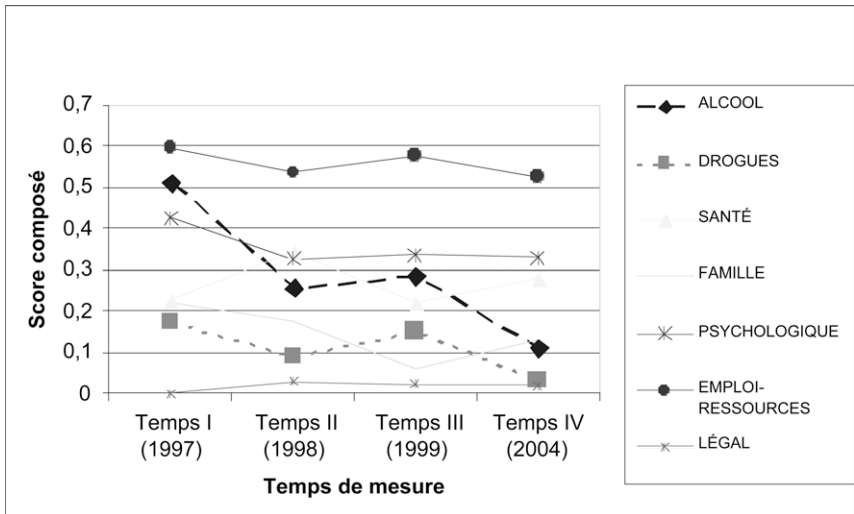
Résultats quantitatifs

L'Indice de gravité d'une toxicomanie

Au niveau de la consommation d'alcool au cours des trois derniers mois, six participants se déclarent abstinents et 16 ont une consommation moyenne de 11,4 consommations standards par semaine [$_ = 0.5$ — 42]. Parmi ces 16 participants, sept ont une consommation problématique, définie comme prendre plus de quatre consommations en une occasion. Ces sept participants présentent une consommation moyenne de 21,7 consommations standards par semaine [$_ = 8$ — 42]. Les neuf autres participants présentent une consommation moyenne de 3,35 par semaine [$_ = 0.5$ — 6]. Une comparaison a été effectuée entre les sept échelles de l'IGT 13 mois après l'admission en traitement, le

temps III, et la mesure réalisée dans la présente recherche en 2004-2005, le temps IV. Un test-t d'échantillon apparié (*paired sample t-test*) révèle une différence significative à l'échelle alcool, [$t(21) = 3,52$; MD = 0.19; $p = .002$] et à l'échelle drogue, [$t(21) = 4.93$; MD = 0.12; $p = .001$]. Comme l'indique la figure 1, la moyenne des participants a diminué sa consommation problématique d'alcool et de drogues cinq ans plus tard. Aucun changement significatif n'a été observé aux cinq autres échelles.

Figure 1
Changement dans les sept échelles de l'IGT



Le Timeline

Pour chaque participant, un graphique représentant les volumes des SPA consommées a été réalisé et couvre la période entre le temps I et le temps IV. Une analyse visuelle de chaque graphique a permis de classer, par observation, les variations de consommation de SPA selon trois tendances : (a) tendance à diminuer, (b) pas de changement et (c) tendance à augmenter. Afin que ce classement soit robuste, chaque graphique a été soumis, de manière indépendante, à quatre évaluateurs. L'accord inter-juges est de 86,34 % et montre que, sur les cinq années, dix participants ont eu tendance à réduire leur consommation, neuf ont maintenu leur consommation et trois ont eu tendance à augmenter leur consommation. Par contre, les observations montrent que les volumes consommés restent importants : pour l'alcool, dans la dernière année du

suivi, les participants ont consommé en moyenne 4,97 fois par mois plus de cinq consommations standards (dans la même occasion). Dans la dernière année, quatre participants ont consommé de la cocaïne pendant une moyenne de 7,75 mois [$_ = 1 - 12$] et un volume moyen de 2 grammes par semaine [$_ = 1 - 4$] et six participants ont consommé du cannabis pendant une moyenne de 10,8 mois [$_ = 5 - 12$] et un volume moyen de 3,3 grammes par semaine [$_ = 0.5 - 10$].

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

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

Résultats qualitatifs

Le tableau I présente les éléments subjectifs décrits par les participants afin d'expliquer la progression et la diminution de la consommation. Plusieurs de ces éléments, comme le réseau familial, le réseau social, la relation de couple, la santé physique, les activités occupationnelles et la situation financière ont déjà été répertoriés dans

la recherche de Alverson (2000) et de Kasten (1998) et sont connus de la documentation sur les processus de changement (Sobell et Sobell, 2000). Ils ne seront donc pas repris dans l'analyse. Cette partie présente des éléments qui ont été peu développés par la documentation et s'articule autour de quatre axes : (1) les effets des substances comme élément favorisant la progression/les rechutes de la consommation, (2) l'utilisation des services comme élément favorisant la diminution de la consommation, (3) les techniques utilisées par les participants pour diminuer leur consommation, (4) le processus de maturation.

Tableau 1
Éléments expliquant une progression ou une diminution de la consommation utilisés par au moins la moitié de l'échantillon (n = 22)

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

Pourquoi consommer ? Les effets des substances pour comprendre la progression de la consommation

Tous les participants rapportent que les effets physiques et/ou psychologiques des substances ont favorisé une progression de leur consommation. De ce constat général, on peut distinguer trois effets : (1) le soulagement d'une souffrance psychique (21/22), (2) le constat d'impuissance à contrôler sa consommation (12/22) et (3) le plaisir (11/22).

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

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

P4 : « P : Ça faisait comme une coupure, ça empêchait de penser à tout ça. I : La télé ? P : Ouais, la télé. La boisson. I : Mais ça faisait pas...

P : Alors la télé faisait un peu la même chose. La boisson, c'est plus fort que la télé. » (667)

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

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

Cette souffrance psychique correspond quelquefois à une angoisse, c'est-à-dire un sentiment de malaise diffus et vague, mais peut aussi être ciblée par le participant sur des éléments de réalité (facture à payer, conflits interpersonnels). Plusieurs consommateurs non problématiques peuvent faire l'expérience de ce phénomène où la consommation dissipe un malaise intérieur. Dans la présente recherche, il ne s'agit pas d'une souffrance ponctuelle que chacun peut ressentir mais d'une souffrance cliniquement significative. Cette fonction d'anesthésie d'un ressenti intérieur rappelle le phénomène de réduction de la tension élaboré par Marlatt (1987, 1999) et l'hypothèse d'auto-médication de Khantzian (1985, 1997). Ce dernier suggère que les patients utilisent les substances comme moyen de réduire une souffrance psychique et de soigner leurs symptômes psychiatriques. Dans notre contexte, la prise de substances est une tentative de calmer une souffrance et non une réelle médication. Les substances permettent d'immédiatement anesthésier, éloigner, atténuer, geler, calmer et éviter de ressentir une angoisse, une anxiété, une frustration, une colère ou un malaise intérieur. Les médicaments de classe psychotropes cherchent à réduire des symptômes psychiatriques et sont administrés dans un contexte clinique. Il y a une demande du patient et une intervention médicale pour parvenir à un traitement. Pour nos participants, le processus se doit d'être immédiat, sans ou avec peu de réflexivité et axé sur un soulagement de la souffrance subjective plutôt que des symptômes. Le processus d'auto-médication est comparable au traitement médical dans une intention de soulager une souffrance. Mais il n'a pas le même cadre thérapeutique ni les mêmes résultats, la prise de SPA provoquant des effets délétères bien connus.

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

P1 : « P : De toute façon, si on était capable d'arrêter quand on est juste bien, on serait des êtres normaux probablement. Le premier verre donne vraiment la soif là. Ça ouvre, ça ouvre les vannes. Parce qu'on est

bien pendant et après la première bière, mais après ça là, on recherche... ce bien-être là [...]» (529)

Cet effet de la substance se décompose en deux étapes, la première étant le désir du participant à arrêter ou se restreindre sa consommation et le deuxième, le constat qu'il n'en est pas capable et que la prise d'une substance, même en dose minimale, pousse à consommer malgré tous ses efforts pour arrêter. C'est l'impuissance à se contrôler et se restreindre, même s'il y a des conséquences négatives au long cours identifiées par le participant, phénomène considéré comme critère diagnostique par le DSM IV (APA, 1994).

(3) Le plaisir (11/22) :

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

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

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

L'utilisation des services comme élément de diminution de la consommation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un recouplement des informations entre le dossier médical du CDC et les entrevues qualitatives a permis de préciser les données de Nadeau et ses collaborateurs (2001) quant à l'utilisation des services en toxicomanie et en santé mentale entre le temps I et le temps IV. Ainsi, le dossier médical répertoriait toutes les entrées d'utilisation des services du CDC, mais aussi les demandes de transfert de dossier si le participant était vu à l'extérieur et, inversement, les demandes d'accès aux informations issues du CDC pour compléter le dossier si le participant recevait des soins à l'extérieur. L'utilisation des services concernait la période de recherche mais aussi parfois au-delà. Dans les entrevues

qualitatives, à la fin de la rencontre, le participant était invité à faire la liste de tous les services d'aide utilisés durant la période couverte. Ce qui était souvent facilité par le fait que le participant venait de parler de son histoire de consommation des dernières années. Il était ainsi possible de retracer le nom du service et la date d'utilisation, cette recension étant plus précise et robuste que celle de l'IGT qui ne demande que le nombre d'utilisation.

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

Les « techniques » utilisées par les participants pour diminuer leur consommation

Les participants rapportent toute une série de moyens permettant de diminuer leur consommation. Afin d'en faciliter la recension et la lecture, ces moyens ont été répertoriés et synthétisés sous des mêmes catégories et classés en « techniques » de différents types : comportemental, cognitif et autres techniques (tableau II). Ce sont les participants qui rapportent utiliser ces techniques, qui ne devaient pas avoir été apprises lors d'un traitement, professionnel ou non (sans le cas contraire, elles étaient codées comme « utilisation des services » :

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

Il est intéressant de noter que ces techniques correspondent aux méthodes utilisées par les intervenants en thérapie cognitive comportementale. Ces méthodes ne sont pas l'apanage de la psychologie et les participants ont développé ici des façons personnelles, « sur

Tableau 2
Techniques apprises hors des traitements et utilisées par les participants
pour diminuer leur consommation de substances.

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

mesure», qui leur permettent de mieux gérer leur consommation. Ces techniques concrètes leur permettent de rendre la consommation moins impulsive en s'imposant des limites personnelles.

La maturation ou la sagesse des années

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

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

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

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

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

P13 : « Parce que tu comprends le fonctionnement de toi-même, de un, t'apprends à te connaître mieux. Tu t'es fourré pendant des années,

pis, à un moment donné, t'as découvert ton truc pour te baiser, ça a passé pendant 20 ans, 10 ans, mais là, ça marche pu. Quand tu vois que tu commences à bifurquer, t'arrêtes ça tout de suite, tu vas pas plus loin là. C'est comme tu t'es brûlé une fois, tu vas pas recommencer.» (684)

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

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

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

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

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

Chez plusieurs participants, ce processus permet de faire des liens avec une histoire où la consommation a amené de nombreuses conséquences négatives. C'est à travers ces pertes que les participants décèlent les répétitions et apprennent, au cours d'un long processus, à gérer leur souffrance psychique et leur consommation. On peut supposer que plus une personne est hypothéquée relativement à sa santé mentale et à ses ressources, et plus la maturation prend du temps.

L'usage problématique de SPA n'est que l'un des éléments d'un style de vie et peut ne pas représenter le problème essentiel. La rechute peut non seulement faire partie d'un processus de maturation, mais elle

est souvent la meilleure réponse, à un moment donné, que trouve la personne pour affronter ses difficultés. C'est dans ce sens que Valleur (2000) présente ses interventions au Centre Marmottan : « plus qu'à une prévention des rechutes, nous travaillons à une maturation progressive des sujets, dans laquelle les rechutes sont à intégrer comme partie prenante du processus » (p. 174).

Limites

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

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

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

Conclusion

Les résultats quantitatifs montrent que pour la majorité de l'échantillon, il y a une baisse de consommation. Cette diminution est ponctuée de moments d'abstinence, de durée variable, mais pouvant s'étaler sur plusieurs années. Une donnée intrigante est de constater que huit participants consomment de manière problématique selon un volume stable, comme si une routine de consommation s'était installée. Même si cette routine est considérée comme problématique selon les standards

connus, elle n'évolue pourtant pas, dans les cinq ans de suivi, vers la spirale progressive et irréversible habituellement associée à l'alcoolisme.

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

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

Références

- ACIER, D., NADEAU, L., 2005, Troubles mentaux et troubles liés à une substance, *Addictologie et Alcoologie*, 27, 4, 315-324.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, D.C.
- BATTJES, R., ONKEN, L. S., DELANY, P. J., 1999, Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness, *Journal of Clinical Psychology*, 55, 5, 643-657.

- BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, A., VAUGEOIS, P., TRÉPANIÉ, M., 1992, *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, L'indice de Gravité d'une Toxicomanie*, Cahier de recherche du RISQ, Montréal.
- CRAWFORD, V., CROME, I., CLANCY, C., 2003, Co-existing problems of mental health and substance Misuse (Dual diagnosis): A literature review, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 5, S1-S74.
- DAVIS, K. E., O'NEILL, S. J., 2005, A focus group analysis of relapse prevention strategies for persons with substance use and mental disorders, *Psychiatric Services*, 56, 10, 1288-1291.
- DRAKE, R. E., 2005, Introduction to the special section on relapse prevention, *Psychiatric Services*, 56, 10, 1269.
- DUHAMEL, D., LALLEMAND, V., 2001, Toxicomanie et trouble de la personnalité, Réflexions sur le traitement, *Santé mentale au Québec*, 26, 2, 157-178.
- FENDRICH, M., MACKESY-AMITI, M. E., 2000, Decreased drug reporting in a cross-sectional student drug use survey, *Journal of Substance Abuse*, 11, 2, 161-172.
- GRANT, B. F., STINSON, F. S., HASIN, D. S., DAWSON, D. A., CHOU, S. P., DUFOUR, M. C., COMPTON, W., PICKERING, R. P., KAPLAN, K., 2004, Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- GUYON, L., LANDRY, M., BROCHU, S., BERGERON, J., 1998, *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, L'Indice de gravité d'une toxicomanie*, Les Presses de l'Université Laval, Saint-Nicolas.
- HARRIS, J., PRYOR, J., ADAMS, S., 1997, *The Challenge of Intercoder Agreement in Qualitative Inquiry*, Unpublished manuscript, University of Texas at Austin.
- HENDRICKS, U. M., KAPLAN, C. D., VANLIMBEEK, J., GEERLINGS, P., 1989, The Addiction Severity Index: reliability and validity in a dutch addict population, *Journal of Substance Treatment*, 6, 133-141.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Communiqué de presse* [en direct], 5 avril 2005 [Réf. du: 01 juillet 2006], Disponible sur le World Wide Web: < URL: <http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiq/2005/avril/avril0505a.htm> >.
- KHANTZIAN, E. J., 1985, The self-medication hypothesis of addictive disorders, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1564.

- KHANTZIAN, E. J., 1997, The self-medication hypothesis of substance use disorders : A reconsideration and recent applications, *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- KLINGEMANN, H. K. H., SOBELL, L., BARKER, J., BLOMQUIST, J., CLOUD, W., ELLINSTAD, T., FINFGELD, D., GRANFIELD, R., HODGINGS, D., HUNT, G., JUNKER, C., MOGGI, F., PEELE, S., SMART, R., SOBELL, M., TUCKER, J., 2001, Natural recovery or recovery without treatment from alcohol and drug problems, as seen from survey data, In *Promoting Self-change from Problem Substance Use. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*, Kluwer Academic Publishers, London.
- LANDRY, M., BROCHU, S., BERGERON, J., 2004, Validity and relevance of self-report data provided by criminalized addicted persons in treatment, *Addiction Research and Theory*, 415-426
- LANDRY, M., COURNOYER, L. G., BERGERON, J., BROCHU, S., 2001, Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation : effet de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial, *Sciences et comportement*, 28, 3, 115-143.
- MARLATT, G. A., 1999, Alcohol, the magic elixir, in Peele, S., Grant, M., eds., *Alcohol and Pleasure : a Health Perspective*, Taylor and Francis, Philadelphia, PA., 233-249.
- MARLATT, G. A., 1987, Alcohol, the magic elixir : Stress, expectancy and the transformation of emotional states, in Gottheil, E., Druly, K. A., Pashko, S., Weinstein, S.P., eds., *Stress and Addiction*, Brunner/Mazel, New York, 302-322.
- MCLELLAN, A. T., WOODY, G. E., METZGER, D., 1996, Evaluating the effectiveness of addiction treatments : Reasonable, *Milbank Quarterly*, 74, 1, 51-85.
- MERTON, R. K., LOWENTHAL, M. F., KENDALL, P., 1990, *The Focused Interview : A Manual of Problems and Procedures*, Free Press, New York.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M., 2003, (1994 pour la version originale), *Analyse des données qualitatives*, De Boeck Université, Bruxelles.
- MOOS, G. A., BRENNAN, P. L., MERTENS, J. R., 1994, Diagnostic subgroups and predictors of one-year re-admission among late-middle-aged and older substance abuse patients, *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 2, 173-183.
- MOOS, G. A., MERTENS, J. R., BRENNAN, P. L., 1994, Rates and predictors of four-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients, *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 5, 561-570.
- MUESER, K. T., BELLACK, A. S., BLANCHARD, J. J., 1992, Comorbidity of schizophrenia and substance abuse : implications for treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 845-856.

- NADEAU, L., 2001, La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux, in Brochu, S., Guyon, L., Landry, M., eds., *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie: Études québécoises*, Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, 45-71.
- NADEAU, L., LANDRY, M., COURNOYER, L-G., 2001, *Étude descriptive et évaluative d'une programme d'intervention sur la comorbidité: Toxicomanie — Troubles mentaux*, Rapport de recherche, Département de psychologie, Université de Montréal.
- OWEN, F. C., FISHER, E. P., BOOTH, B. M., CUFFEL, B. J., 1996, Medication noncomplicance and substance abuse among patients with schizophrenia, *Psychiatric Services*, 47, 853-858.
- RACHBEISEL, J., SCOTT, J., DIXON, L., 1999, Co-occurring severe mental disorders: A review of recent research, *Psychiatric Services*, 50, 11, 1427-1434.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., 1990, Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- SOBELL, L., SOBELL, M., 1992, Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption, in Litten, R.Z., Allen, J. P eds., *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Bbiochemical Methods*, Humana Press, Totowa, NJ, 41-72.
- SOBELL, L. C., ELLINGSTAD, T. P., SOBELL, M. B., 2000, Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research for future directions, *Addiction*, 85, 5, 749-764.
- TONEATTO, T., SOBELL, L. C., SOBELL, M. B., RUBEL, E., 1999, Natural recovery from cocaine dependence, *Psychology of Addictive Behaviours*, 13, 4, 259-268.
- VALLEUR, M., 2000, *Toxicomanies*, Masson, Paris.
- VAN DER MAREN, J. M., 1996, *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Presses de l'Université de Montréal.

ABSTRACT

Process of change in patients with concurrent substance use — mental health problems

This paper is a retrospective study with a five year follow-up which examines the variations in substance use and the determinants of these variations. This exploratory research studied a sub-sample of 22 partici-

pants, selected from an initial sample of 197 patients with concurrent substance use and other mental health disorders. At the quantitative level, the statistical analysis shows an improvement in the problematic use of alcohol and drugs but no change in psychological state, health, family and interpersonal relations, as well as employment. At the qualitative level, the analysis of the participant's subjective view indicates that the two main elements of progression in substance use are the effects and the availability of substances. The main elements of reduction in substance use are the use of services, the personal techniques developed by participants, the family network, physical health, lack of financial resources, "occupational" activities, and a process of maturation.

RESUMEN

Proceso de cambio en los pacientes con una concomitancia toxicomanía-salud mental

Este estudio es un seguimiento retrospectivo de cinco años que examina las variaciones en el consumo de sustancias psicoactivas y las determinantes de estas variaciones. Se trata de una investigación exploratoria en una submuestra de 22 participantes, seleccionados a partir de una muestra inicial de 197 pacientes, que presentan a la vez problemas de salud mental y de consumo problemático de sustancias. A nivel cuantitativo, la comparación estadística entre los dos tiempos de medida muestra una mejora en el consumo problemático de alcohol y drogas, y una ausencia de cambio a nivel del estado psicológico, de la salud, de las relaciones familiares/interpersonales y del empleo. A nivel cualitativo, el análisis de la perspectiva subjetiva de los participantes indica que los dos principales elementos de progresión en el consumo son los efectos y la disponibilidad de las sustancias. Los principales elementos de disminución del consumo son la utilización de los servicios, las técnicas personales puestas a punto por los participantes, la red familiar, el perjuicio a la salud física, la falta de recursos económicos, las actividades "ocupacionales" y un proceso de maduración.

RESUMO

Processo de mudança nos pacientes com concomitância de toxicomania e saúde mental

Este estudo é um acompanhamento retrospectivo de cinco anos que examina as variações no consumo de substâncias psicoativas e os determinantes destas variações. Trata-se de uma pesquisa exploratória

junto a uma subamostragem de 22 participantes, selecionados a partir de uma amostragem inicial de 197 pacientes que apresentam ao mesmo tempo problemas de consumo de substâncias e de saúde mental. Ao nível quantitativo, a comparação estatística entre os dois tempos de medida demonstra uma redução do consumo problemático de álcool e de drogas com uma ausência de mudança no estado psicológico, na saúde, nas relações familiares e interpessoais e no emprego. Ao nível qualitativo, a análise da perspectiva subjetiva dos participantes indica que os dois principais elementos de progressão do consumo são os efeitos da acessibilidade das substâncias. Os principais elementos de diminuição do consumo são a utilização dos serviços, das técnicas pessoais criadas pelos participantes, a rede familiar, os problemas de saúde física, a falta de recursos financeiros, as atividades ocupacionais e um processo de maturidade.