

Programme pour les proches de personnes présentant des troubles psychotiques et d'utilisation de substances : quelques résultats

Karine Gaudreault, Karl Turcotte, Joanne Bolduc, Joël Tremblay et Karine Bertrand

Plan de présentation

1. Recension des écrits
2. Objectifs de l'étude et dispositif
3. Résultats:
 - ✓ **Le programme développé**
 - ✓ **Quelques résultats de l'implantation**
 - ✓ **Quelques résultats généraux**
4. Discussion
5. Forces, limites et retombées

Quelques éléments à connaître

- Opportunités au moment du début de la recherche:
 - Projet doctoral
 - Fusion des établissements de la dépendance et de la santé mentale
 - Région CIUSSS de la Capitale Nationale
 - Priorisation de la nouvelle direction pour implanter des projets en troubles concomitants

- Deux acronymes:
 - PTP-TUS: Personne présentant un Trouble Psychotique et un Trouble d'Utilisation de Substance
 - PS: Proche Significatif

Problématique

- Entre 0,59% et 1,46% de la population au Québec présenterait à vie un trouble psychotique (PTP) (Vanasse et coll., 2012);
- Entre 43-47% des PTP (Hunt et coll., 2018; Addington, 2001; Regier, 1990) présenterait dans les 12 derniers mois un trouble d'utilisation de substances (TUS)
- L'ajout du TUS apporte:



- ↑ \$ santé
- ↑ morbidité et ↑ mortalité
- ↓ observance au traitement

- utilisation plus erratique des services
- évolution clinique plus chaotique
- ↑ chronicisation des problèmes

(Abdel-Baki et coll., 2017; CCLAT, 2009; Wang, 2007; Collins et coll., 2011)

Problématique

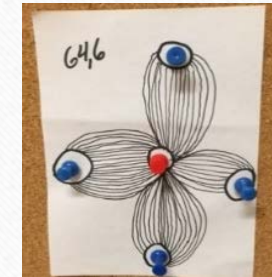
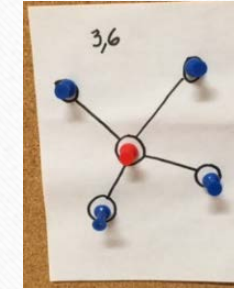
- Facteurs communs d'efficacité pour les PTP-TUS:
 - Interventions **précoces** ciblant les deux diagnostics (Abdel-Baki et coll., 2017; CCLAT, 2009; Skinner et coll., 2004; Mueser et coll., 2013)
 - **Offrir des services intégrés** plutôt qu'en parallèle (Santé Canada, 2002; CCLT, 2009)
 - **Impliquer l'entourage:**
 - Qualité relationnelle avec PS = facteur de **rétablissement** (Skinner et coll., 2004)
 - PS influencent consommation des PTP-TUS (Lobbana et coll., 2010)
 - PS soutiennent décisions et efforts liés au troubles concomitants des PTP-TUS (Abdel-Baki, 2017; Mueser et coll., 2013;)

- 1/3 des PTP abandonnent prématurément les traitements offerts (Kendrick et coll., 2000)
 - Les plus à risque présentant un TUS (Kreyenbuhl et coll., 2009; Turner et coll., 2009);



Problématique

- Personnes présentant troubles graves de santé mentale et TUS, utilisant peu services: sollicitent 64,6 demandes de soutien/mois auprès de 3,6 PS (Fleury et coll., 2015);
- Les personnes significatives présentent:
 - Taux élevés d'épuisement
 - Isolement
 - Anxiété
 - Symptômes dépressifs(Mueser et coll., 2013; Gottlieb et coll., 2012; Haddock et coll., 2003; Lowens et coll., 2009)
- Québec: PS reçoivent des services conditionnels; PTP-TUS en services et acceptent services communs. Aucun service adapté spécifiquement pour eux (d'Orsonnens, 2004).



Bilan: programmes pour les PS de PTP-TUS



◆ Family Education et Family Intervention for Dual Disorders (Mueser et coll., 2013; Gottlieb et coll., 2012)

- + ↑ connaissances sur le trouble concomitant
- + ↑ PS de 4/6 échelles (inquiétudes, stigma, dépenses \$ et matérielles)
- + Plusieurs animateurs sur plusieurs sites

◆ Motivational Interventions for Drug and Alcohol use in Schizophrenia MIDAS (Barrowclough et coll., 2002; Haddock et coll., 2003; Barrowclough et Tarrier, 1992)

- + Plus bas taux de besoins exprimés par les PS et ↓ pour les PS fardeau objectif à 9 et leur fardeau subjectif à 9 et 12 mois .

◆ Entretien motivationnel et cannabis (Smeerdijk et coll., 2013; 2012; 2009)

- + Capacité des PS à apprendre des concepts de l'EM



◆ Family Education et Family Intervention for Dual Disorders (Mueser et coll., 2013; Gottlieb et coll., 2012)

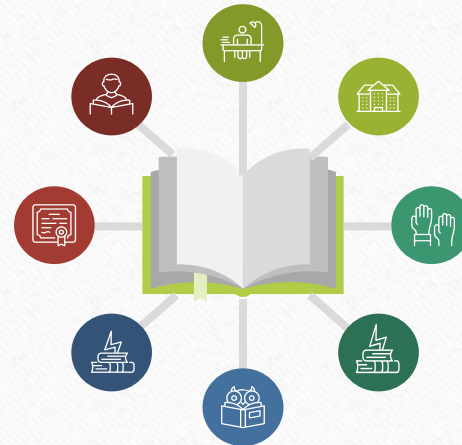
- Durée 2-3 mois à + 18 mois
- Abandon de parties de programmes VS rétention Données quanti seulement et plusieurs indicateurs non significatifs peu documentés
- Groupes focalisés pour programme PTP-TUS élargi aux PS

◆ Motivational Interventions for Drug and Alcohol use in Schizophrenia MIDAS (Barrowclough et coll., 2002; Haddock et coll., 2003; Barrowclough et Tarrier, 1992)

- Chaîne besoin-programme-résultats non concluante
- Programme pour PTP-TUS adapté pour les PS
- Données quanti seulement et plusieurs indicateurs non significatifs peu documentés

◆ Entretien motivationnel et cannabis (Smeerdijk et coll., 2013; 2012; 2009)

- Résultats seulement sur EM



Objectifs de l'étude

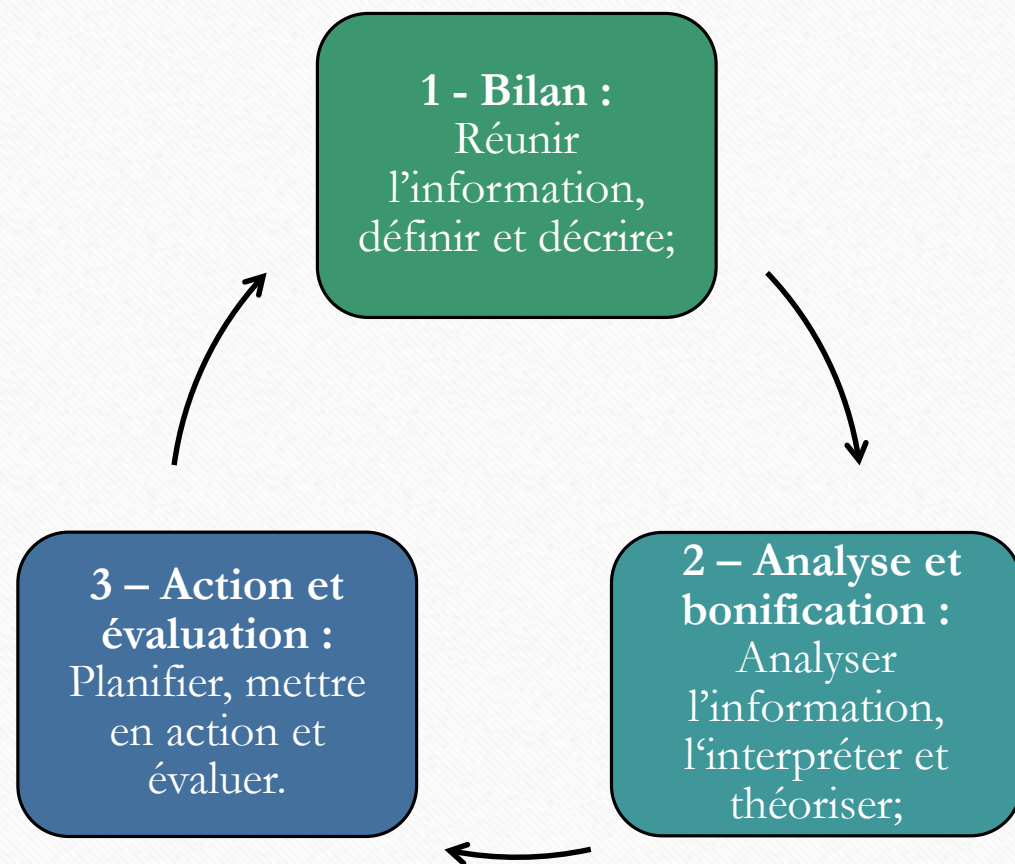
Pour des PS de PTP-TUS peu motivés à changer leurs habitudes de consommation de substances psychoactives, les objectifs du projet sont :

1. **Produire un programme adapté aux besoins des PS de PTP-TUS;**
2. Évaluer les barrières et les facilitateurs liés à l'implantation du programme;
3. Évaluer les effets du programme.



Devis de recherche

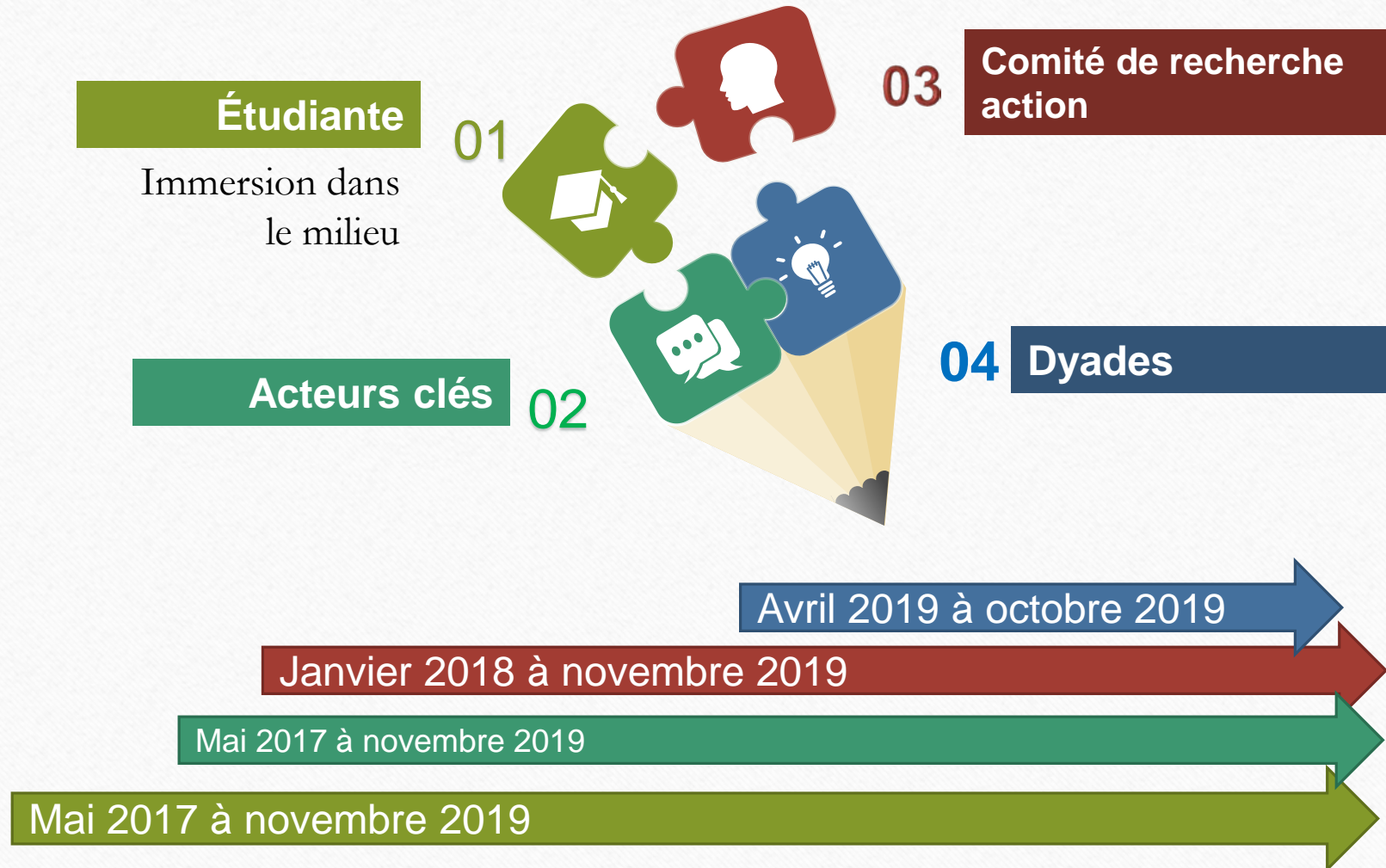
Recherche-action «Apprentissage participatif et action» (PLA) (Kenton, 2014; Chambers, 2013)



Permet l'amélioration des pratiques en santé:

- Processus de **co-construction**
- Reprise de **pouvoir** sur ses connaissances, son développement professionnel et l'amélioration de ses pratiques (Waterman et coll., 2001)

Déroulement de l'étude



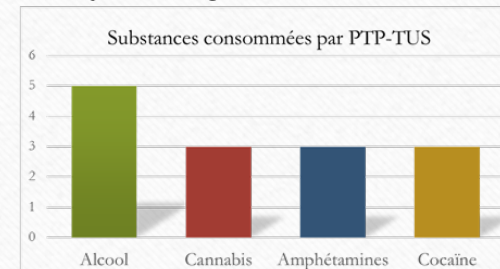
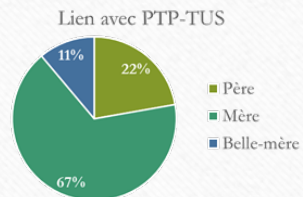
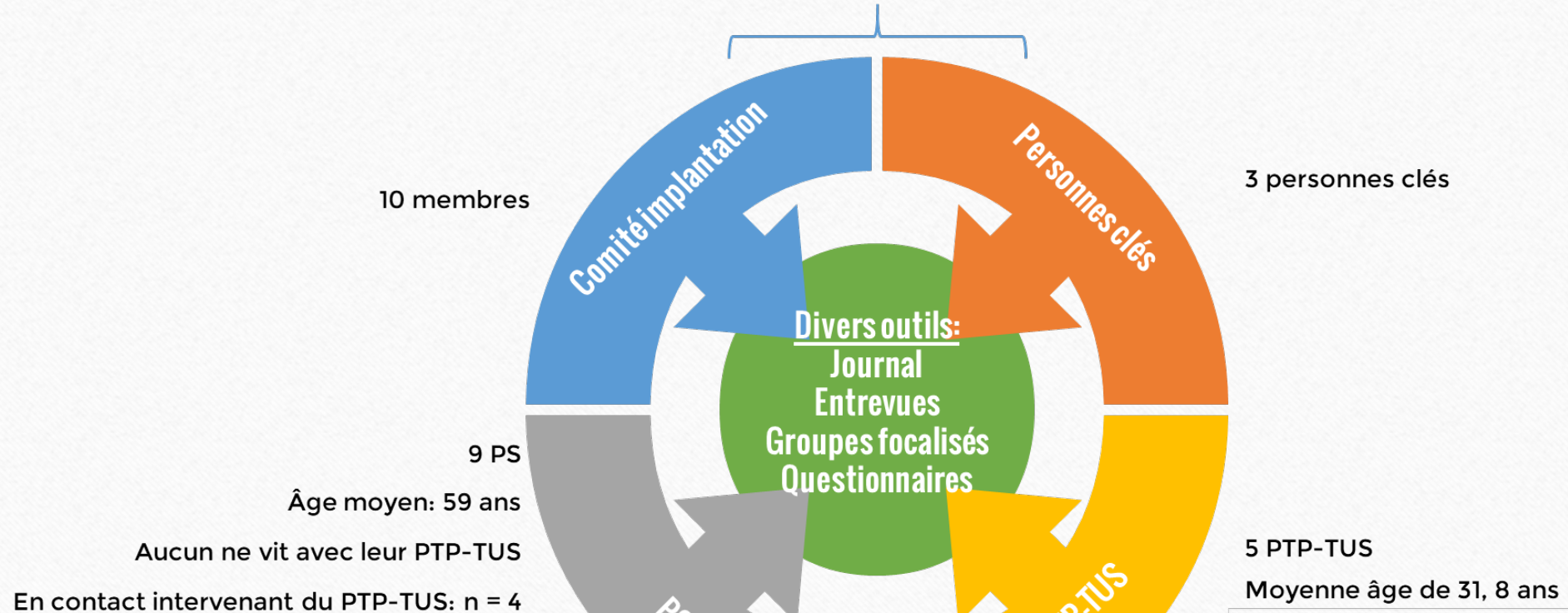
Objectif 1: *Produire un programme adapté aux besoins des PS de PTP-TUS*

Méthode

11



- 2 PS: de 1 et 2 adultes de + de 30 ans
- Intervenants: tous + de 7 ans d'expérience
- 1 éducateur, 1 ARH, 7 travailleurs sociaux et 2 ergothérapeutes
- Communautaire, réseau, santé mentale et dépendance



Résultats

Objectif 1: *Produire un programme adapté aux besoins des PS de PTP-TUS*

- A. Programme
- B. Séances

13



Résultats: création du programme

Processus participatif de co-construction au service de la création:

- 1- Identification des éléments par le comité
- 2- Identification des éléments de la science
- 3- Échanges et apprentissages
- 4- Choix du comité
- 5- Rendre les choix en action
- 6- Commentaires, bonifications et acceptation du comité



Résultats: création du programme

Rigueur scientifique et processus collaboratif

« *C'est intéressant de voir qu'on pouvait collaborer pour créer quelque chose qui va au-delà de : « On va faire un focus groupe pour vous écouter et après ça, on analyse ça dans notre bureau. » (...) Oui, c'est une démarche qui est plus longue, mais c'est une démarche qui amène quand même **une construction plus étoffée.** »* **Groupe focalisé comité**

«*On est parti dans les activités **venant de nous autres.** Ce n'était pas canné d'avance. On est allé voir ce que la science disait et après ça, on est allé voir sur qu'est-ce qu'on a choisi.* » **Groupe focalisé comité**

Résultats: création de l'intervention

Objectifs du programme pour PS de PTP-TUS:

1. Augmenter le bien-être des PS
2. Favoriser le rétablissement du TUS de leur PTP-TUS

Guide avec contenu, activités, outils pour les PS

10 séances de 120 minutes sur 8 thèmes

Approches théoriques:

Entretien motivationnel, les forces, éléments de la TCC

Outils utilisés:

Utilisation des forces, mises en pratique, respect des choix des PS, échanges

GUIDE D'ANIMATION

GROUPE D'INTERVENTION POUR LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE DE PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE PSYCHOTIQUE ET UN TROUBLE D'UTILISATION DE SUBSTANCES

Bien-être

Me santé
Santé sociale
Stratégies adaptatives
Activités significatives
Stress
Sécurité
Sécurité
Sécurité

Comment pouvons-nous contraindre la vulnérabilité? Comment pouvons-nous mettre une médication à l'épreuve? Comment pouvons-nous favoriser un soutien social? Comment pouvons-nous améliorer les stratégies d'adaptation et les diversifiées? Pouvons-nous augmenter les compétences? Les diversifiées? Pouvons-nous diminuer les stressants? Etc.

Guide pour les animateurs

Engagement
L'engagement est centré sur le développement de l'alliance et de l'adhésion par des contacts réguliers, fiables, équilibrés et engageants. L'engagement de la personne dans le traitement.

Augmentation de la motivation
L'alliance et le sentiment que le suivi peut être utile sont présents. Mais la personne doit percevoir un changement, s'est pas convaincue ou en attente d'être à changer.

Traitement actif
La personne reconnaît ses problèmes et est motivée à en parler. L'accent est mis sur le développement des compétences, alternatives, personnalisées, adaptées, et disponibles.

Préparation de la rechute
La personne a mis en place des alternatives et se sent capable de les utiliser. Les efforts sont mis pour maintenir le succès, renforcer ces derniers, préparer les crises les plus difficiles.

Le personnel va souvent travailler avec une approche de réduction des méfaits. Cette approche équilibre la cessation ou grande diminution de la consommation. Par contre, pragmatisme, le travailler pour commencer à diminuer les conséquences de celle-ci tranquillement, favoriser une cognition positive à la consommation ou sa fonction dans la vie personnelle. C'est pourquoi qu'ils vont souvent essayer de commencer par une relation de confiance.

Le diagnostic de la maladie
*l'augmentation de la complexité du diagnostic:
-le défi d'accepter plus qu'une problématique, et
-les difficultés d'accès à l'information, l'aide et d'accéder à un système de santé qui n'est pas habitué à intervenir dans une telle complexité.

Le soutien à l'entourage
-la fatigue de compassion
-la double stigmatisation
-le conflit intérieur et l'ambivalence

Voies de soins de la maladie
-l'espoir
-le soutien par les pairs et l'aide mutuelle
-la nécessité d'avoir des connaissances
-prendre soin de sa santé physique, émotionnelle et spirituelle
-l'empowerment et l'implication dans une amélioration du système

Dans chacun des processus, plusieurs constats semblent être faits par les proches. Dans le premier, les crises successives sont souvent le point de départ de l'apprentissage de deux diagnostics. Ainsi, la famille semble dans les services par une porte, se mobilise pour une problématique, suit une forme de traitement puis attend avec espoir l'amélioration. Puis survient une moins bonne amélioration qu'espéré, des services qui ferment leurs portes car un deuxième diagnostic survient. Les proches peuvent se sentir sous le choc, en décalé de cette réalité et quelques fois n'arrivent pas à tout intégrer ces nouveaux éléments dans l'histoire de l'être aimé.

Dans la seconde phase, le sentiment d'être seul ou milieu d'une mer déchaînée avec toutes les crises, le peu de services spécialisés et de réponses simples, les suivis assez coupés, les changements d'intervenant, et de nouvelles positions de proches à prendre. Comment se maintenir comme un roc, comme source d'espoir, comme un rempart pour l'être aimé dans toute cette complexité? Comment prendre soin de soi et de l'autre (et autres membres de la famille).

Dans la troisième phase, un certain sens aux événements, une prise d'expérience et une voie avec une certaine perspective d'avenir. C'est à cette étape où le désir de partager avec d'autres, d'avoir un impact plus large, de redonner s'installe pour les proches. Les proches ont le goût de soutenir d'autres proches, que leur expérience puisse servir.

Quel que diffèrent, leur PTP-TUS passera par des étapes similaires dans leur rétablissement. Les co-animateurs sont invités à faire des parallèles avec leur PTP-TUS et les autres membres de leur entourage. Des exemples de rétablissement de PTP-TUS peuvent être partagés par les co-animateurs si le confier à un peu abordé cet élément. Les concepts de l'introduction peuvent également être discutés avec les participants.

Demandez à la personne affectant le témoignage de répondre aux questions des participants. Aborder avec eux certains éléments.

Résultats: création de l'intervention



GÉNÉRALITÉS (1-2)

- Programme
- Troubles psychotiques
- Troubles d'utilisation de substances - substances



COMMUNICATION (3)

- Quand
- Comment
- Pratique

Objectifs:

- Information provenant de la recherches et philosophie du programme
- Mieux connaître les symptômes de chaque trouble
- Connaître les signes de consommation et des troubles psychotiques

« On est capable de remettre [le sujet] sur la table un peu plus vite parce que là on a des mots. On est capable de dire qu'il existe telle affaire et que ça, ça donne ça et c'est pour ça qu'il est comme ça. » PS groupe focalisé

Objectifs:

- Connaître les éléments d'une bonne communication positive
- Pratiquer ces éléments

Résultats: création de l'intervention



MOTIVATION (4-5)

- Construire la motivation
- Maintenir la motivation



TÉMOIGNAGE (6)

- Processus de rétablissement
- Espoir

Objectifs:

- Développer la capacité d'analyser les patrons de consommation
- Connaître et appliquer des renforçateurs positifs
- Connaître et utiliser les conséquences naturelles

Mettre en place une stratégie systématique, soigneusement planifiée et rigoureuse, de renforcement.

« Moi j'ai bien aimé les conséquences naturelles. C'est plein de sens, vivre l'inconfort des choix que je fais. Ça m'a beaucoup détachée du problème. C'était intéressant. Au lieu que ce soit toujours nous qui mettions les conséquences, les parents. Ce n'est pas ça vraiment que j'ai appris à faire. » **PS groupe focalisé**

Objectif:

- Augmenter l'espoir

Aborder le rétablissement d'un membre de l'entourage et l'accompagnement au rétablissement comme membre de l'entourage d'une personne présentant un trouble psychotique et d'utilisation de substance.

Résultats: création de l'intervention



ENRICHIR SA VIE (7)

- Prendre soin de soi
- Honte et culpabilité

Objectifs:

- Normaliser le fait de prendre soins de soi
- Augmenter les sources de bien-être

« Ce que j'ai trouvé bien aussi, c'est toutes les montgolfières. Moi de la façon que je l'ai compris, c'est que si je ne prends pas soin de moi, comment je peux faire pour prendre soin de l'autre ? C'est comme de faire un équilibre. Ça nous permet d'aider l'autre montgolfière à lever un petit peu. » **PS groupe focalisé**



CRISE (8)

- Reconnaître les causes
- Agir
- Ressources

Objectifs:

- Soutenir le sentiment d'efficacité personnel des PS à analyser les situations
- Augmenter les capacités de résolution de problèmes lors de crises
- Préparer un plan avec les PS pour un type de crise rencontré

Résultats: création de l'intervention



DEMANDE DE SOINS (9)

- Quand et comment faire la demande
- Collaboration en soins

Objectifs:

- Faire une demande gagnante de consulter/utiliser les services
- Connaître les types d'approches offertes dans les services offerts
- Réfléchir à comment collaborer avec l'équipe traitante.



BILAN ET CONTINUITÉ (10)

- Processus de rétablissement
- Espoir

Objectifs:

- Faire un bilan des apprentissages réalisés
- Favoriser la transition vers d'autres services
- Faire un plan des actions prioritaires choisies

« Moi dans les outils que je suis allé chercher, j'essaie de moins m'en faire avec la situation de mon fils. Avant ça, je prenais ça peut-être un peu plus à cœur un peu. Je prenais ça peut-être un peu plus avec colère. Quand il consommait, ça me choquait plus. Des fois je le poivrais pas mal par rapport à ça. Depuis nos rencontres, ça m'a calmé.» PS

Résultats

Objectif 2: *Évaluer les barrières et les facilitateurs
reliés à l'implantation du programme*

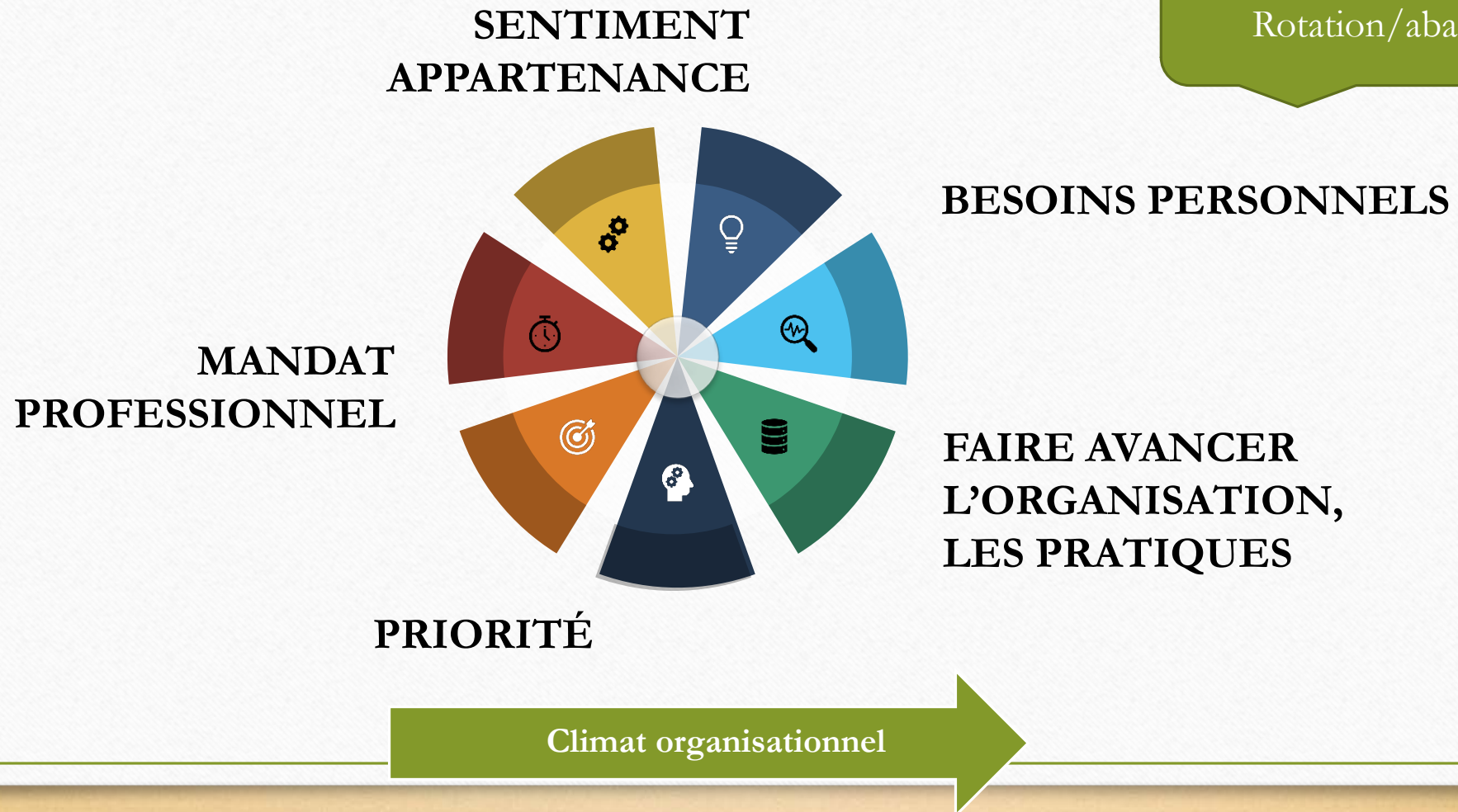
Deux grands constats:

- A. Engagement des acteurs clés
- B. Enjeux d'accès aux services pour PS

21



2.A- Motifs d'engagement des acteurs clés



2.A- Motifs d'engagement des acteurs clés: 3 exemples

Besoin personnel: Partager mon expérience pour que les autres aient des services

« Moi je dis que comme parent vivant cette situation-là, je souhaitais vraiment partager ma vision parce que l'expérience que j'ai acquise seule pendant des années, faisait en sorte que pour moi je pouvais enrichir par ce processus là que vous vouliez faire.»

Membre du comité

Faire avancer l'organisation, les pratiques

«Je trouve que la structure que vous avez adoptée dès le départ en intégrant dans un comité de pilotage les membres de l'entourage, les représentants d'organismes et tout ça... C'est très pertinent la structure avec laquelle la dépendance et la santé mentale aussi, (...) quand tu implantes quelque chose de nouveau.» **Acteur clé #1**

Sentiment appartenance

«Je pense que rapidement on s'est mis à l'aise dans l'échange et dans ce que tout le monde pouvait apporter. Je pense que c'est ce qui a fait en sorte que c'était plus facile. Un grand respect de tous et chacun. Le bon climat, (...) ça m'a fait grandir moi aussi là-dedans, parce que moi aussi je sentais que les gens écoutaient.» **Membres comité**

2.B- Enjeux d'accès aux services pour PS

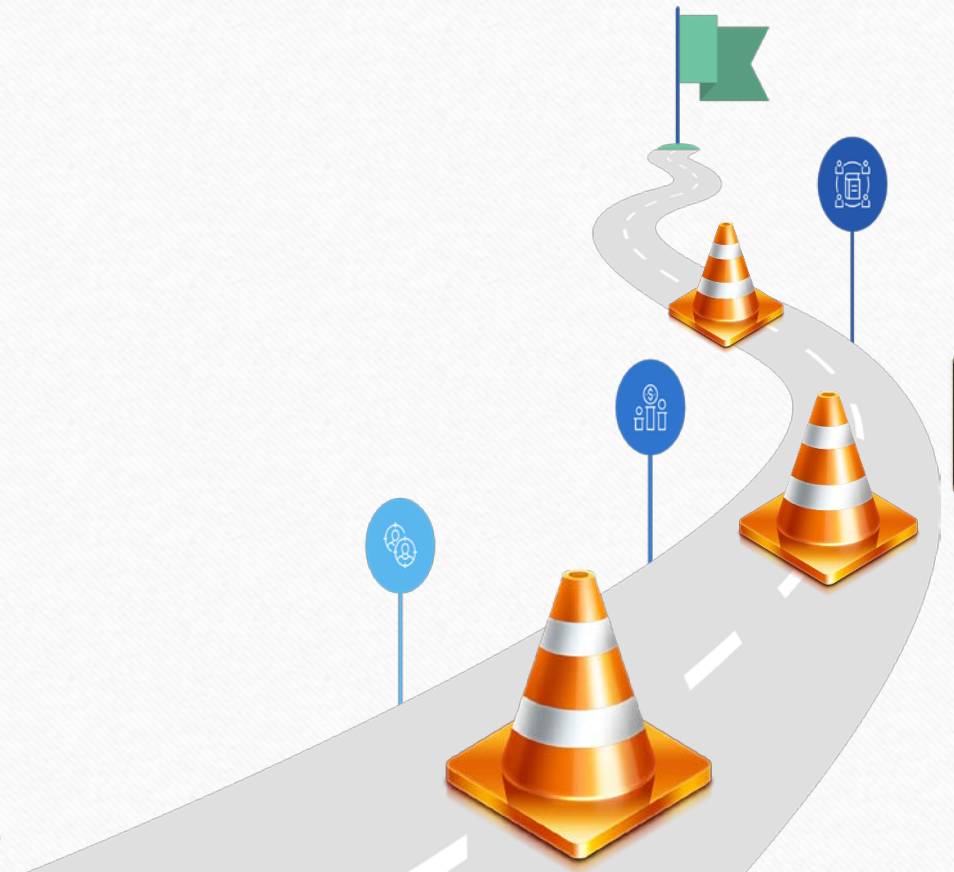
APRÈS 12 MOIS DE RECRUTEMENT ACTIF..

Freins personnels:

*« Madame mentionnera être en **besoin de soutien et d'informations** mais qu'elle ne peut pas le faire au détriment de son fils. Ce dernier doit avoir le premier lien d'alliance, est en plus grand besoin qu'elle encore compte tenu de sa problématique, que le temps des intervenants est limité. »* **Journal de bord post-questionnaires**

Freins de connaissances:

« Notre médecin de famille nous a dit de le laisser tomber, qu'il allait nous rendre malade. On doit faire quoi? C'est notre fils, on l'aime. Il n'a personne d'autre. Peut-on réellement être en lien et ne pas sombrer? Quand un spécialiste te dit ça... Mais ça ne peut pas être ça!» **Journal de bord post-questionnaires**



Résultats

Objectif 3: *Évaluer les effets du programme*

A. Constats généraux

25



Évaluer les effets du programme

3.A- Constats généraux

- ✓ Une diversité de besoins dans une diversité de parcours unique
- ✓ Les dyades en ont tous profité mais de façon variée
- ✓ De façon qualitative:
 - Briser l'isolement
 - Augmenter l'espoir
 - Sentiment efficacité personnelle dans la communication avec le PTP-TUS
 - Améliorer la confiance personnelle à utiliser leurs habiletés
 - Découvertes de nouvelles stratégies

3.A- Constats généraux

Briser l'isolement et espoir

« J'avais besoin d'en savoir plus et **de rencontrer des parents**. C'était surtout ça. Des parents que leurs enfants avaient le même trouble que le mien parce que dans la vraie vie de tous les jours, on n'en rencontre pas. » **PS groupe focalisé**

Communication positive

« Je parle plus à mon père et ma mère. Avec mon intervenante, ce sont les seules trois personnes avec lesquelles je partage sur mes émotions et ma consommation. (...) Ils me mettent un cadre, des règles, ils me font réaliser des choses. Par exemple, ils vont me dire: tu as l'air gelé, tu es ralenti, tu n'es pas le garçon qu'on connaît allumé, rapide, ce soir.» **PTP-TUS #3**

3.A- Constats généraux

Accompagner le cheminement

« Je sais qu'il en prend du cannabis. Par contre, il en parle plus. Chose qu'il ne parlait pas. Il en parle plus. Ça, ça a changé. Ouvertement. Ça vient de lui. Il dit : « Faudrait bien que j'arrête ça. » La petite phrase qu'il ne disait pas avant. » PS #3

Apprendre

« On se questionne tellement. On fait tellement de gaffes. Dès fois on dit oui, dès fois on dit non, dès fois on ne le sait pas. [...] On cherche tellement à faire le meilleur, on n'a tellement pas de réponse, il y a juste notre instinct qui est là [...]. La formation qu'on a eue là, ça fait un sens. Il y a de quoi qui se tient. C'est plus palpable le niveau d'intervention, le pourquoi on fait les choses. » PS groupe focalisé

Discussion

Premier programme développé :

- ✓ Construction structurée avec diversité de sujets ciblés directement besoins des PS de PTP-TUS
- ✓ Réalisés par des PS et des intervenants de différentes expertises du terrain et de la littérature, applicable en milieu psychiatrique
- ✓ Satisfaction des PS et résultats idiosyncratiques propres à chacun et leur contexte

Littérature:

- ✓ Objectifs du groupe similaires à ceux de différentes revues systématiques sur les besoins des PS (Mui et coll., 2019; Morelli et coll., 2019)
- ✓ S'inscrit dans une perspective d'outiller dans une diversité de besoins en troubles concomitants (Lee et coll., 2020).
- ✓ Les PTP-TUS besoin accompagnement de plusieurs années et nécessité de services spécifiques pour ces familles (Haskell et coll., 2016) afin de les soutenir dans leur multiples adaptations (Saunders, 2003).

Forces et limites de l'étude

Forces

- Aspect novateur: 1^{ère} étude devis participatif spécifiquement pour PS de PTP-TUS ne participant pas à un programme en même temps.
- Croisement savoirs cliniques, expérimentiels et recherches
- Diversité de méthodes
- Triangulation des sources et des moyens
- Durée de l'immersion

Limites

- Une seule boucle de recherche
- Réorganisation du réseau
- Participation partielle du comité à l'analyse des données
- Désirabilité sociale

Retombées

- ✓ Programme: intérêts pour divers milieux de pratique, outil individuel et de groupe
- ✓ Clinique: amélioration des pratiques auprès des PS, sensibilisation aux cliniciens et outils VS les barrières d'accès aux services
- ✓ Implantation: difficultés liées à l'implantation de pratiques cliniques en troubles concomitants et de services auprès des PS: pistes pour des milieux et gestionnaires

Remerciements

- Mes codirecteurs: Karine Bertrand, PhD et Joël Tremblay, PhD
- Membres du comité de recherche action ainsi que l'ensemble des participants

- CIUSSS de la Capitale-Nationale, DSMD
- Collègues de travail

- Bourse de l'Université de Sherbrooke et du Centre de recherche - Hôpital Charles-Lemoyne-Saguenay Lac Saint-Jean sur les innovations en santé
- Bourses RISQ
- Bourses ARUC
- Bourses IUD
- Bourse initiatives patients-partenaires
- Centre de recherche du CISSS-CA

Bibliographie

Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, É., Grar, K., et Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119. doi:10.1016/j.psychres.2016.11.007

Addington, J., et Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 60.

Barrowclough, C. (2003). Family intervention for substance misuse in psychosis. *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery*, 227-243.

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., . . . Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 341(7784), 1-12.

Boyer, L., Aghababian, V., Richieri, R., Loundou, A., Padovani, R., Simeoni, M. C., . . . Lançon, C. (2012). Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 36(2), 271-276. doi:10.1016/j.pnpbp.2011.10.008

Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., et Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(5), 339-343.

Breitborde, N. J. K., Moreno, F. A., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B., . . . McFarlane, W. R. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11. doi:10.1186/1471-244X-11-9

Bibliographie

- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: what matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. doi:10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c
- Carey, K. B., Carey, M. P., Maisto, S. A., et Henson, J. M. (2004). Temporal stability of the timeline followback interview for alcohol and drug use with psychiatric outpatients. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 774-781. doi:10.15288/jsa.2004.65.774
- Chambers, R. (2013). From rapid to reflective: 25 years of Participatory Learning and Action. *Tools for supporting sustainable natural resource management and livelihoods*, 12.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., et Daar, A. S. (2011). Grand challenges in global mental health: a consortium of researchers, advocates and clinicians announces here research priorities for improving the lives of people with mental illness around the world, and calls for urgent action and investment.(COMMENT). *Nature*(7354), 27.
- Contandriopoulos, A.-P., Rey, L., Brousselle, A., et Champagne, F. (2011). Untitled. *The Canadian journal of program evaluation = La Revue canadienne d'evaluation de programme*, 26(3), 1-16.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed. ed.): SAGE.
- Crocq, M. A., et Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition. ed.): Elsevier Masson.
- d'Orsonnens, L. (2004). Co-occurring Substance Abuse and Schizophrenia: Treatment Approaches and Practices *Intervention*, 121, 25-32.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., et Helmstetter, B. (2006). Ten-Year Recovery Outcomes for Clients With Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 464-473. doi:10.1093/schbul/sbj064

Bibliographie

Evers, J. V. S., A. . (2010). Qualitative analysis in case study. In A. J. MillsG. Durepos et E. Wiebe (Eds.), *Encyclopedia of case study research*. In (pp. 757-774). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc. Retrieved from <http://sk.sagepub.com/reference/casestudy>. doi:10.4135/9781412957397

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., et Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120

Fleury, M.-J., Grenier, G., et Bamvita, J.-M. (2015). Predictors of frequent recourse to health professionals by people with severe mental disorders. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 60(2), 77-86.

Gottlieb, J. D., Mueser, K. T., et Glynn, S. M. (2012). Family therapy for schizophrenia: co-occurring psychotic and substance use disorders. *Journal Of Clinical Psychology*, 68(5), 490-501. doi:10.1002/jclp.21852

Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., . . . Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 418-426. doi:10.1192/bjp.183.5.418

Haddock, G., Cross, Z., Beardmore, R., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J., et Barrowclough, C. (2009). Assessing illicit substance use in schizophrenia: The relationship between self report and detection by hair analysis. *Schizophrenia Research*, 114(1), 180-181. doi:10.1016/j.schres.2009.07.020

Haskell, R., Graham, K., Bernards, S., Flynn, A., et Wells, S. (2016). Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/addiction, and violence: a qualitative study of their goals, experiences and recommendations. *International journal of mental health systems*, 10, 9-9. doi:10.1186/s13033-016-0040-3

Bibliographie

Havassy, B. E., Alvidrez, J., et Owen, K. K. (2004). Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *The American journal of psychiatry*, 161(1), 139-145.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., et Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9.

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., . . . Monteiro, M. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6), 1039-1047.

Hunt, G. E., Bergen, J., et Bashir, M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: Impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*, 54(3), 253-264. doi:10.1016/S0920-9964(01)00261-4

Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., et Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 191, 234-258. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011

Kendrick, T., Burns, T., Garland, C., Greenwood, N., et Smith, P. (2000). Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? The effects of setting up special services in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(451), 121-126.

Kenton, N. (2004). *Participatory learning and action 50: Critical reflections, future directions* (Vol. 50): IIED.

Kenton, N. (2014). Participatory learning and action. In D. C. M. Brydon-Miller (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Action Research* (pp. 601-603). Thousand Oak, California: SAGE Publications Ltd. Retrieved from <http://sk.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-action-research>. doi:10.4135/9781446294406

Bibliographie

- Khan, R., Chatton, A., Nallet, A., Broers, B., Thorens, G., Achab-Arigo, S., . . . Zullino, D. (2011). Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *European Addiction Research*, 17(4), 190-197.
- Khan, R., Chatton, A., Thorens, G., Achab, S., Nallet, A., Broers, B., . . . Khazaal, Y. (2012). Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in the elderly. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 7(1), 14.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., et Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 696-703. doi:10.1093/schbul/sbp046
- Krueger, R. A., et Casey, M. A. (2015). *Focus groups : a practical guide for applied research* (5th edition. ed.): Sage.
- Lee, M., Ryoo, J. H., Crowder, J., Byon, H. D., et Williams, I. C. (2020). A systematic review and meta-analysis on effective interventions for health-related quality of life among caregivers of people with dementia. *Journal of advanced nursing*, 76(2), 475-489. doi:10.1111/jan.14262
- Lobban, F., Appelbe, D., Appleton, V., Billsborough, J., Fisher, N. R., Foster, S., . . . Walker, A. (2020). IMPLementation of An online Relatives' Toolkit for psychosis or bipolar (IMPART study): iterative multiple case study to identify key factors impacting on staff uptake and use. *BMC health services research*, 20(1), 219. doi:10.1186/s12913-020-5002-4
- Lobbana, F., Barrowclough, C., Jeffery, S., Bucci, S., Taylor, K., Mallinson, S., . . . Marshall, M. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1141-1147. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.026
- Lowens, I., Bowe, S. E., et Barrowclough, C. (2009). Family Intervention for Complex Cases: Substance Use and Psychosis. *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*, 93.

Bibliographie

Lowens, I., Bowe, S. E., et Barrowclough, C. (2009). Family Intervention for Complex Cases: Substance Use and Psychosis. *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*, 93.

McIntosh, M. J., et Morse, J. M. (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 2333393615597674. doi:10.1177/2333393615597674

McNiff, J., et Whitehead, J. (2002). *Action research. [ressource électronique] : principes and practice* (2nd ed. ed.): RoutledgeFalmer.

Meyers, D. C., Durlak, J. A., et Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3/4), 462-480. doi:10.1007/s10464-012-9522-x

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd. ed.): De Boeck Université.

Morelli, N., Barello, S., Mayan, M., et Graffigna, G. (2019). Supporting family caregiver engagement in the care of old persons living in hard to reach communities: A scoping review. *Health & social care in the community*, 27(6), 1363-1374. doi:10.1111/hsc.12826

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., et Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation science : IS*, 14(1), 1. doi:10.1186/s13012-018-0842-6

Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., et Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620

Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., . . . Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 658-672. doi:10.1093/schbul/sbr203

Bibliographie

Richieri, R., Boyer, L., Loundou, A., Simeoni, M. C., Reine, G., Auquier, P., et Lançon, C. (2011). P03-323 - The schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL): development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(Supplement 1), 1493-1493. doi:10.1016/S0924-9338(11)73197-2

Richieri, R., Boyer, L., Reine, G., Loundou, A. D., Simeoni, M. C., Auquier, P., et Lançon, C. (2011). Validation française d'un questionnaire de qualité de vie des aidants naturels de patients schizophrènes. *A preliminary validation of a new French instrument to assess quality of life for caregivers of patients suffering from schizophrenia (English)*, 37(6), 425-432. doi:10.1016/j.encep.2011.01.005

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., et Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British journal of addiction*, 87(5), 743-754.

Rowley, H. (2014). Going beyond procedure: Engaging with the ethical complexities of being an embedded researcher. *Management in Education*, 28(1), 19-24. doi:10.1177/0892020613510119

Saunders, J. C. (2003). Families Living with Severe Mental Illness: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198. doi:10.1080/01612840305301

Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée Gauthier, B. (dir) Dans: Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données. In (pp. 293-316). Quebec, CA: Les Presses de l'Université du Québec.

Selick, A., Durbin, J., Vu, N., O'Connor, K., Volpe, T., et Lin, E. (2017). Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(5), 365-374. doi:10.1111/eip.12400

Skinner, W. W., O'Grady, C., Bartha, C., et Parker, C. (2004). Concurrent substance use and mental health disorders. *Toronto, Centre for Addiction and Mental Health*.

Bibliographie

Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., et Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal Of Substance Abuse Treatment, 46*(3), 340-345. doi:10.1016/j.jsat.2013.09.006

Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., . . . Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42*(8), 1627-1636. doi:10.1017/S0033291711002832

Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., et Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychological Medicine, 45*(13), 2839-2848. doi:10.1017/S0033291715000793

Smeerdijk, M., Linszen, D., Kuipers, T., et Keet, R. (2009). Family motivational intervention in early psychosis and cannabis misuse. *A Casebook of Family Interventions for Psychosis, 117-138*.

Smith, J. E., et Meyers, R. J. (2008). *Motivating substance abusers to enter treatment : working with family members*: Guilford Press.

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D., et Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: Utility for alcohol research. *Addictive Behaviors, 11*(2), 149-161.

Stringer, E. T. (2007). *Action research* (Third edition. ed.): Sage Publications.

Thomas, E. J., Yoshioka, M., et Ager, R. D. (1996). Spouse enabling of alcohol abuse: Conception, assessment, and modification. *Journal of Substance Abuse, 8*(1), 61-80. doi:10.1016/S0899-3289(96)90091-7

Bibliographie

Turner, M. A., Boden, J. M., Smith-Hamel, C., et Mulder, R. T. (2009). Outcomes for 236 patients from a 2-year early intervention in psychosis service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(2), 129-137. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01386.x

Vanasse, A., Courteau, J., Fleury, M.-J., Grégoire, J.-P., Lesage, A., et Moisan, J. (2012). Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 533-543. doi:10.1007/s00127-011-0371-y

Wang, J. (2007). Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. *Medical care*, 45(3), 224-229.

Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., et de Koning, K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1-166.

Wilkinson, S. (1998). Focus group methodology: a review. *International Journal of Social Research Methodology*, 1(3), 181.

Xie, H., McHugo, G. J., Helmstetter, B. S., et Drake, R. E. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 75(2-3), 337-348. doi:10.1016/j.schres.2004.07.012

Yoshioka, M. R., Thomas, E. J., et Ager, R. D. (1992). Nagging and other drinking control efforts of spouses and uncooperative alcohol abusers: Assessment and modification. *Journal of Substance Abuse*, 4(3), 309-318. doi:10.1016/0899-3289(92)90038-Y

Zhang, W., et Creswell, J. (2013). The use of "mixing" procedure of mixed methods in health services research. *Medical care*, 51(8), e51-e57. doi:10.1097/MLR.0b013e31824642fd