

**Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers**

HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE

**Domaine santé**

***LES STRATEGIES DE COPING QUI FAVORISENT LE RETABLISSEMENT DES  
PERSONNES SOUFFRANT DE TOXICODÉPENDANCE***

*Vaucher Emilie, Pires Dos Santos Mariana*

**Travail de Bachelor  
Haute Ecole de la Santé La Source**

*Lausanne / 14 juillet 2025*

Sous la direction de : Mme Ferrari Pascale

## Table des matières

Déclaration.....	I
Remerciements.....	II
Résumé .....	III
Liste des abréviations .....	IV
Introduction .....	V
1. Problématique .....	1
2. Cadre théorique .....	5
3. Méthode .....	7
4. Résultats .....	10
4.1 Type d'études incluses .....	10
4.2 Résultats en lien avec le coping et le rétablissement.....	12
4.2.1 Coping émotionnel .....	12
4.2.2 Coping centré sur le problème .....	14
4.2.3 Coping centré sur la recherche de soutien social .....	17
4.2.4 Stratégies de coping inefficaces.....	19
5. Discussion et perspectives .....	20
5.1 Résultats au regard du cadre théorique de Barbara Riegel .....	24
5.2 Recommandations pour la pratique future .....	25
6. Conclusion .....	26
7. Liste des références .....	27
Annexes.....	32
Annexe I : Equations de recherches finales .....	32
Annexe II : Diagramme de flux (PrismaFlowchart) .....	33
Annexe III : Tableau de revue de littérature.....	34
Annexe IV : Grilles de lectures .....	36
Annexe V : Tableaux des stratégies de coping et du rétablissement.....	92
Annexe VI : Tableau détaillé pour l'annonce de l'utilisation des outils IA .....	94

## Déclaration

Nous déclarons que ce travail de Bachelor, dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (HEdS La Source), a été réalisé sans aide extérieure non autorisée.

Nous attestons avoir respecté l'intégrité scientifique et n'avoir utilisé que les sources et moyens autorisés, et mentionné comme telles les citations et paragraphes.

Durant la rédaction de ce travail, nous avons utilisé des outils d'intelligence artificielle (IA) et rempli le contrat pédagogique en matière d'utilisation de l'IA.

Pour des raisons de simplification d'écriture ainsi que de lecture, il a été choisi de ne pas employer un vocabulaire inclusif.

# Remerciements

Nous adressons nos plus sincères remerciements à notre directrice de travail de Bachelor, Pascale FERRARI, Maître d'enseignement à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, pour son implication dans notre accompagnement, son soutien, sa disponibilité et ses conseils. C'était un réel plaisir de mener ce projet sous sa supervision.

Nous remercions Loïc MENNERET, infirmier clinicien spécialisé (ICS) du service de médecine des addictions, d'avoir accepté d'être notre expert de terrain.

Un grand merci à la responsable bibliothécaire-documentaliste du site de Cery, Madame ROSSELET Joëlle, pour son investissement et son aide dans la recherche d'articles ainsi qu'à l'élaboration des équations de recherche scientifiques.

Enfin, nous remercions nos familles et nos proches pour leur soutien, leurs encouragements, leur patience durant l'ensemble de la formation et de la réalisation de ce travail qui en représente l'aboutissement. Mention spéciale à Cédric Vaucher et Anthony De Pinho pour leur relecture.

## Résumé

**Contexte** : La toxicodépendance constitue un enjeu majeur de santé publique aux conséquences négatives multiples tant sur le plan individuel que sociétal. Elle affecte la qualité de vie, engendre des coûts économiques importants et nécessite des parcours de soins longs et complexes. Dans ce contexte, les stratégies de *coping* apparaissent comme des leviers essentiels pour favoriser le processus de rétablissement. **But** : L'objectif principal de ce travail est d'identifier les stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement des personnes toxicodépendantes. **Méthode** : Une revue de littérature a été réalisée sur les bases de données PubMed et CINAHL. Deux équations de recherche ont été construites selon le modèle du PI(C)O. Huit articles primaires, publiés entre 2007 et 2024, qu'ils soient quantitatifs, qualitatifs ou mixtes, ont été analysés à l'aide de grilles d'analyse critique. Le modèle théorique du *Self-care* de Riegel qui promeut les autosoins a été utilisé comme cadre théorique tout au long de ce travail. **Résultats et discussion** : Les résultats montrent que les stratégies de *coping* centrées sur la motivation à changer, les stratégies cognitives, le soutien social et le *coping* émotionnel sont particulièrement efficaces pour favoriser le rétablissement. Ces stratégies améliorent notamment la qualité de vie, la santé mentale, les comportements favorables à la santé, la stabilité émotionnelle et l'insertion sociale. Le soutien social, en particulier via les groupes d'entraide, joue un rôle transversal essentiel. À l'inverse, des stratégies comme l'auto-culpabilisation, le déni ou l'évitement comportemental apparaissent contre-productives et freinent l'évolution du processus de rétablissement. **Conclusion** : Ce travail met en lumière l'importance d'une approche globale et individualisée du *coping* dans les soins infirmiers en toxicodépendance. Il souligne la nécessité de soutenir le développement de stratégies adaptatives, tant par des interventions cliniques ciblées que par une posture soignante fondée sur l'écoute, la bienveillance et le soutien à l'autonomie. Ces résultats constituent une base pertinente pour enrichir les pratiques infirmières et orienter de futures recherches dans le domaine des addictions.

**Mots-clés** : Toxicodépendance, stratégies de *coping*, rétablissement, autogestion, santé mentale, *self-care*, soins infirmiers

## Liste des abréviations

**AVASAD** : Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile

**BARC-10** : *Brief Assessment of Recovery Capital*

**CINAHL** : *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

**CIPRET** : Centre d'information pour la prévention du tabagisme

**CRI** : *Coping Response Inventory*

**ES** : *Effet Size*

**EXITS** : *Exter Identity Transition Scales*

**HeTOP** : *Health Terminology/Ontology Portal*

**INRS** : Institut national de recherche et de sécurité

**LSD** : Lysergsäurediethylamid

**n.d** : Non daté

**Obsan** : Observatoire suisse de la santé

**OFSP** : Office Fédéral de la santé Publique

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PHQ-2/PHQ-4** : *Patient Health Questionnaire*

**PIB** : **Produit** Intérieur Brut

**PI(C)O** : Population, Intervention, Comparateur, *Outcome*

**PSCH** : Promotion Santé Suisse

**RPM** : *Recovery Progression Measure*

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

**SD** : *Standard Deviation*

**Stratégies MNT** : Stratégies Nationales Prévention des maladies non transmissibles

**TB** : Travail de Bachelor

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Introduction

La dépendance aux substances psychoactives représente un enjeu de santé public majeur, touchant des millions de personnes à travers le monde. Si les traitements des troubles liés à l'usage de substances constituent un défi médical, psychologique et social, c'est surtout le processus du rétablissement à long terme, qui constitue un véritable *challenge*. Les stratégies de *coping* sont définies par Lazarus et Folkman (1984), comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux mis en œuvre par une personne pour gérer les exigences perçues comme stressantes ou dépassant ses ressources. Mieux comprendre ces stratégies dans le contexte de la toxicodépendance permettrait d'optimiser les interventions thérapeutiques, de renforcer l'autonomie des patients et de soutenir durablement leur rétablissement.

Ce travail de Bachelor (TB) débute par la définition des concepts clés d'intérêt qui sont le *coping*, le rétablissement et la toxicodépendance. Suivra une présentation du cadre de référence théorique de Barbara Riegel. La méthode utilisée pour recenser les huit études scientifiques sélectionnées sera décrite. Les stratégies de *coping* identifiées dans ces études seront regroupées selon les catégories définies par Lazarus et Folkman (1984) qui comportent le *coping* émotionnel, le *coping* centré sur le problème et le *coping* orienté vers la recherche de soutien social. Les effets de ces stratégies seront discutés en lien avec les dimensions du rétablissement proposé par Vanderplasschen et Best (2021) et mis en lien avec le cadre théorique de référence de Barbara Riegel. Pour finir, une analyse transversale permettra d'identifier les points communs et les spécificités des résultats, afin de dégager des pistes concrètes d'action pour la pratique professionnelle.

Ce thème a été choisi en raison de l'intérêt que nous portons à la question de la toxicodépendance et des ressources mises en œuvre pour soutenir les personnes concernées. Nos vécus professionnels et personnels nous ont donné l'envie de mieux comprendre les stratégies de *coping*, afin d'enrichir notre compréhension de leur parcours de rétablissement et ainsi mieux accompagner cette population dans notre future pratique infirmière. L'augmentation constante des addictions dans la population (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2023) et les récits de proches confrontés à la dépendance ont renforcé cette volonté commune d'examiner les alternatives à la consommation, leur accessibilité et leur efficacité.

# 1. Problématique

La toxicodépendance est désignée dans les classifications diagnostiques comme un « trouble lié à l'usage de substances », se caractérisant par un ensemble de manifestations comportementales, cognitives et physiologiques traduisant une perte de contrôle de la consommation (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile [AVASAD], 2025). Ce trouble débute fréquemment par un besoin impérieux, souvent motivé par un mal-être ou un état de stress, conduisant à l'usage compulsif de substances psychoactives (ibid). L'évolution du trouble implique une difficulté croissante à réguler la consommation en termes de fréquence, de durée et de quantité, ainsi qu'une tolérance nécessitant des doses plus importantes pour obtenir les effets recherchés. Le syndrome de sevrage induit par l'arrêt de la consommation, s'accompagne de symptômes physiques et psychiques désagréables, renforçant le cycle de dépendance (ibid).

Selon l'OMS (2025), les substances psychoactives altèrent les processus mentaux tels que la perception, la cognition, l'humeur ou encore la conscience. Elles incluent plusieurs classes pharmacologiques : les stimulants (ex. amphétamines, cocaïne), les dépresseurs (ex. benzodiazépines), les opioïdes (ex. morphine, héroïne), les hallucinogènes (ex. kétamine, Lysergsäurediethylamid (LSD)), le cannabis, ainsi que les drogues de synthèse (Psychologue.net, 2021). Dans le cadre de ce travail, le terme « toxicodépendance » est utilisé pour désigner les formes de dépendance aux substances psychoactives, à l'exclusion de l'alcool et de la nicotine. Bien que ces dernières soient également psychoactives, leur statut légal, leur accessibilité et les représentations sociales qui les entourent génèrent des réalités cliniques, sociales et comportementales différentes, notamment en ce qui concerne les stratégies de *coping* mobilisées.

À l'échelle mondiale, on estime que 27 millions de personnes présentent un trouble lié à la consommation de drogues (OMS, 2025). En Suisse, comme ailleurs, la toxicodépendance présente de lourdes conséquences sur les plans personnel, familiaux, économiques et sociétaux (Office Fédéral de la santé Publique [OFSP], 2024). Dans la majorité des cas, la prise en charge s'inscrit dans une trajectoire de soins prolongée, nécessitant une approche globale, intégrée et individualisée. Une difficulté d'accès aux soins pour cette population accentue leur vulnérabilité.

La consommation de drogues illicites est responsable de plus de 400 000 décès chaque année (OMS, 2025). Dans les pays à revenu élevé, les maladies chroniques, dont font partie les troubles liés à l'usage de substances, représentent près de 90 % des décès et figurent parmi



les principales causes d'années de vie perdues pour cause d'handicap (Ebert et al., 2015). En Suisse, bien que certaines consommations soient qualifiées comme à faible risque, l'usage de substances psychoactives reste fréquent, notamment chez les jeunes. En 2014, environ 500 000 personnes ont déclaré avoir consommé du cannabis (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2015). Les substances telles que l'héroïne, la cocaïne, le LSD, les amphétamines ou l'ecstasy sont principalement consommées par les personnes âgées de 15 à 35 ans, avec une prévalence estimée entre 1% et 1,5 % pour certaines d'entre elles dans la tranche des 20 à 34 ans (ibid). Selon l'Observatoire suisse de la santé [Obsan] (2024), le nombre de décès directement attribuables à la consommation de drogue en Suisse a diminué entre 1990 et 2012, passant de plus de 350 à 121 cas de décès annuels. Toutefois, cette tendance s'est inversée au cours de la dernière décennie. En 2023, 192 personnes sont décédées à la suite d'une consommation de drogue, dont 139 hommes et 53 femmes. La majorité de ces décès sont liés à l'usage d'héroïne (Obsan, 2024). De plus, le lien entre l'addiction et le suicide, ainsi que la corrélation entre l'addiction et les maladies transmissibles représentent des enjeux de santé publics majeurs. Le nombre de décès directement attribuables à la consommation de drogues, notamment les *overdoses*, constitue un indicateur clé pour la politique en matière de drogues (OFSP, (CDC) & Centre d'information pour la prévention du tabagisme [CIPRET], 2015).

La toxicodépendance engendre une détérioration significative de la qualité de vie, tant sur le plan physique que psychique, social et professionnel. Elle s'accompagne fréquemment de comorbidités psychiatriques, d'une instabilité économique, de ruptures relationnelles et de complications somatiques, compromettant ainsi l'équilibre global de la personne et de son environnement (Institut national de recherche et de sécurité [INRS], n.d.). Les effets délétères varient selon les substances consommées, mais partagent des répercussions communes sur le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental. La consommation régulière de substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy est associée à des troubles cognitifs (altération de la mémoire, difficultés de concentration et de prise de décision), à des symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, démotivation, repli social), ainsi qu'à de graves atteintes somatiques (complications cardiovasculaires, infectieuses, respiratoires, voire carcinogènes selon les substances). L'injection de substances opioïdes comme l'héroïne accroît les risques de septicémies, d'abcès et de transmission de maladies infectieuses telles que le VIH ou les hépatites B et C, aggravant encore la vulnérabilité des personnes concernées (ibid). La polyconsommation, c'est-à-dire l'usage régulier de plusieurs substances psychoactives, amplifie les risques pour la santé par la synergie d'effets nocifs, tout en complexifiant la prise en charge et les trajectoires de rétablissement. Cette accumulation de

facteurs délétères contribue à des pertes de repères sociaux et à une atteinte marquée de l'autonomie, de la stabilité résidentielle et de l'insertion professionnelle (ibid).

En plus de ses effets sur la santé et la qualité de vie, la toxicodépendance représente un coût important pour la société (OFSP, 2020). En Suisse, les addictions liées aux substances illicites génèrent environ 0,9 milliard de francs suisses par an. Ces dépenses incluent les soins médicaux (consultations, hospitalisations, traitements), les interventions judiciaires et policières, ainsi que les pertes économiques dues aux arrêts de travail, à la baisse de productivité et aux décès prématurés (ibid). Plus de 1 % du produit intérieur brut (PIB) est mobilisé chaque année pour faire face aux conséquences des addictions, avec près de deux tiers des coûts pris en charge par les finances publiques et les assurances sociales. Le reste est assumé par les entreprises (ibid).

Dans le domaine des addictions, le rétablissement ne se limite pas à l'arrêt de la consommation, mais correspond à un processus global de transformation incluant l'amélioration de la santé physique et mentale, l'autodétermination et la quête de sens (*Substance Abuse And Mental Health Services Administration [SAMHSA]*, 2012). Comme le soulignent Vanderplasschen et Best (2021), le rétablissement repose sur une transformation globale de la personne, incluant des dimensions psychologiques, sociales et existentielles. Le rétablissement s'appuie sur le développement progressif de stratégies d'adaptation, la reconstruction de l'estime de soi et la redéfinition du sens de la vie. Le soutien social joue un rôle facilitateur en renforçant la motivation au changement et le sentiment d'appartenance, qui sont deux facteurs déterminants pour initier et maintenir ce processus (Martinelli et al., 2023 ; Čtvrtečková et al., 2023)

La Stratégie Nationale de Prévention des maladies non transmissibles (MNT) encourage le développement des compétences d'autogestion pour permettre aux personnes vivant avec une maladie chronique ou une addiction de mieux gérer leur santé (OFSP, CDS, & CIPRET, 2015). Les stratégies de *coping*, développées dans ce travail, sont considérées comme des leviers concrets de l'autogestion. L'autogestion implique la compréhension de la situation, la régulation des émotions, l'adaptation des comportements et le recours à l'entourage. Elle repose sur une démarche partagée avec les professionnels, les proches et les pairs, intégrant le quotidien dans sa globalité (OFSP, 2024). Toutefois, 66 % des personnes atteintes de maladies chroniques présentent des compétences d'autogestion limitées (OFSP, 2022). Le renforcement de ces compétences favorise l'auto-efficacité, améliore la gestion des symptômes, des émotions et l'accès aux soins. Il repose sur quatre axes : la mise en place de plans d'action, la transmission de connaissances, l'utilisation d'outils techniques, et la modification du mode de vie, incluant les groupes d'entraide (ibid). Ces mesures sont

particulièrement nécessaires chez les personnes en situation de précarité ou de faible soutien social.

Le concept de *coping*, développé par Lazarus et Folkman (1984), est un processus d'adaptation actif, mis en œuvre lorsqu'un individu est confronté à une situation jugée stressante. Ce cadre théorique met en évidence l'importance des stratégies que la personne mobilise pour gérer les tensions émotionnelles ou pour tenter de maîtriser la situation vécue. Dans le contexte de la toxicodépendance, l'usage de substances psychoactives peut être considéré comme une stratégie de *coping* inadaptée, visant à soulager temporairement le mal-être ou l'anxiété, ce qui entraîne des conséquences négatives sur les plans psychiques, psychologiques et sociaux. L'étude de Runyan et al. (2024) montre que le stress, l'impulsivité et une faible régulation émotionnelle sont liés à la consommation, ce qui démontre l'importance de promouvoir des stratégies de *coping* plus fonctionnelles dans le cadre du rétablissement.

Face aux répercussions importantes de la toxicodépendance sur la santé globale et la qualité de vie, il devient essentiel de mieux comprendre les mécanismes d'adaptation que les personnes mobilisent pour faire face à leur situation. Le présent travail s'inscrit dans cette perspective, en s'appuyant sur le cadre théorique du *Self-care* développé par Barbara Riegel.

## 2. Cadre théorique

Dans ce travail, le cadre de référence théorique utilisé est le modèle du *Self-care* développé par Barbara Riegel. Le choix de ce cadre infirmier fait sens car les stratégies de *coping* font partie intégrante de l'autogestion, et de leur promotion du rôle propre.

Le concept de *Self-care*, défini comme un ensemble d'activités qu'une personne engage de manière autonome pour maintenir sa santé, prévenir la maladie ou gérer les symptômes associés à une condition chronique, est reconnu pour ses effets bénéfiques sur la santé individuelle et les systèmes de soins. Il contribue à l'amélioration du bien-être global, à la réduction de la morbidité, de la mortalité ainsi qu'à la diminution des coûts liés à la prise en charge médicale (Riegel et al., 2012). Il constitue un processus central d'autogestion, dans lequel l'individu devient acteur de sa propre santé (ibid). Ainsi, la mise en œuvre de comportements de *Self-care* adaptés dans le domaine de la toxicodépendance permettrait de favoriser un rétablissement durable en renforçant l'autonomie et le contrôle sur l'état de santé.

Le *Self-care maintenance* désigne les actions régulières qu'une personne entreprend pour maintenir sa santé et prévenir la détérioration de son état. Dans le cadre des maladies chroniques, ces comportements préventifs sont cruciaux pour éviter des complications à long terme (Riegel et al., 2012). En contexte de toxicodépendance, le *Self-care maintenance* pourrait comporter des actions comme la gestion des habitudes de consommation, l'engagement dans des programmes de réadaptation, ainsi que la création d'un environnement propice à l'abstinence (ibid).

Le *Self-care monitoring* est défini comme un processus délibéré et régulier de surveillance des signes physiques et émotionnels, visant à détecter précocement tout changement significatif de l'état de santé (Riegel et al., 2012). Ce processus repose sur trois conditions fondamentales : la possibilité d'un changement cliniquement significatif, la capacité du patient à percevoir ce changement et la mise en œuvre d'une réponse appropriée (ibid). Ainsi, le *Self-care monitoring* est important pour promouvoir l'autonomie du patient, prévenir les décompensations, et améliorer les trajectoires de soins dans le contexte des maladies chroniques. La détection précoce des signes de rechute ou de déséquilibre émotionnel est un enjeu central du rétablissement des personnes en situation de toxicodépendance.

Le *Self-care management* désigne la réponse active d'une personne face à un changement perçu dans son état de santé. Il implique l'interprétation des symptômes, la prise de décision quant à la nécessité d'agir, et la mise en œuvre d'une stratégie adaptée (Riegel et al., 2012).

Ce processus mobilise des capacités cognitives avancées, influencées par le niveau de connaissance, la confiance en soi et le soutien disponible (Riegel et al., 2019 ; Riegel et al., 2021). Des interventions ciblées centrées sur l'éducation et l'accompagnement, permettent de renforcer cette compétence (Riegel et al., 2020). La capacité à évaluer les signaux de vulnérabilité et à y répondre de manière appropriée est déterminante dans le processus de rétablissement des personnes présentant une toxicodépendance.

En conclusion, le modèle du *Self-care* de Barbara Riegel constitue un cadre théorique pertinent pour l'analyse des comportements d'autogestion en contexte de maladie chronique. Ses trois dimensions permettent de conceptualiser les processus par lesquels les individus maintiennent leur stabilité, identifient les altérations de leur état de santé et y répondent de manière autonome et adaptée.

### 3. Méthode

Ce travail s'inscrit dans une démarche visant à explorer les stratégies de *coping* favorisant le rétablissement chez les personnes souffrant de toxicodépendance. La question de recherche a été formulée selon le modèle PI(C)O (Population, Intervention, Comparateur, *Outcome*), fréquemment utilisé pour structurer les recherches en soins infirmiers axées sur l'évaluation d'interventions cliniques ou psychoéducatives (Methley et al., 2014). Dans le cas présent, la population correspond aux personnes souffrant de toxicodépendance ; l'intervention aux stratégies de *coping*, même si ce n'est pas forcément une intervention externe, est le plus souvent une intervention du patient dans le sens de se prodiguer des autosoins ; l'*outcome* correspond au rétablissement psychologique, existentiel et social. Etant donné qu'il n'y a pas d'intervention à proprement parler, et que les stratégies de *coping* sont propres à chaque individu, aucun comparateur (C) n'a été retenu au regard du sujet à l'étude.

Cette démarche a permis de formuler la question suivante : Quelles sont les stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement des personnes souffrant de toxicodépendance ?

Ces éléments ont permis d'identifier les descripteurs spécifiques aux bases de données retenues, les termes libres et leurs équivalents en anglais afin d'effectuer une recension des écrits ciblés pour répondre à notre question de départ. L'outil *Health Terminology/Ontology Portal* (HeTOP) a été utilisé pour explorer les traductions, synonymes et variations des concepts, constituant ainsi une base pour la construction des équations de recherche. Des essais successifs ont été menés dans différentes bases de données dans le but de les affiner. L'analyse des résultats obtenus à chaque essai a permis d'ajuster les termes utilisés en fonction de leur pertinence, et de la qualité des articles repérés. Certains articles jugés pertinents ont également été mobilisés pour enrichir les équations en identifiant de nouveaux descripteurs ou termes libres.

Tous les essais réalisés ont été consignés dans un tableau de suivi mentionnant la date de chaque test, le nombre de résultats obtenus, ainsi que les références des articles d'intérêt, afin d'assurer une traçabilité du processus. Les équations ont été construites en utilisant les opérateurs booléens *AND* et *OR*. L'opérateur *AND* a été utilisé pour croiser les concepts principaux (population, intervention, *outcome*), en insérant une parenthèse contenant les termes correspondant à chaque concept. L'opérateur *OR* a été mobilisé à l'intérieur de ces parenthèses pour inclure les synonymes et concepts apparentés, augmentant ainsi la sensibilité de la recherche. Des astérisques ont été utilisés en fin de mot afin d'inclure toutes les variantes lexicales possibles, et les guillemets ont permis d'encadrer les expressions

composées ou les termes libres. Enfin, l'attribut [tiab] (*title/abstract*) a été intégré dans les équations afin de limiter la recherche aux titres et résumés des articles, ciblant ainsi les contenus les plus pertinents. Ce processus méthodologique a abouti à la formulation de deux équations finales, utilisées pour la recherche documentaire (annexe I).

Des filtres ont été appliqués afin de renforcer la pertinence des résultats. La recherche a été restreinte aux articles publiés entre 2004 et 2024, garantissant ainsi l'actualité des données. Enfin, seuls les articles rédigés en français ou en anglais ont été inclus. D'autres critères de sélection rigoureux ont permis de garantir la pertinence des études incluses pour répondre à la question de recherche. Ainsi, seules les études primaires ou les analyses secondaires d'études primaires, qu'elles soient de nature quantitative, qualitative ou mixte, ont été incluses dans le processus. Les articles devaient inclure des stratégies de *coping*, les personnes toxicodépendantes et aborder la notion de rétablissement personnel dans une perspective élargie comme *outcome*. La population cible concerne des personnes adultes toxicodépendantes âgées de 18 à 65 ans. Cette tranche d'âge a été retenue car la dépendance se développe généralement sur la durée, et elle est le plus souvent diagnostiquée à l'âge adulte. Les individus âgés de plus de 65 ans avec une toxico-dépendance, en raison de leur espérance de vie réduite, sont encore peu représentés et peu détectés dans les soins d'urgence ou en situation de crise. Ils font l'objet de moins d'études dans ce champ, et c'est la raison pour laquelle ils n'ont pas été retenus, bien que la problématique du vieillissement de cette population existe.

Les publications de type revues systématiques, méta-analyses, revues de littérature, revues narratives, articles de congrès ou communications orales ont également été exclues du processus de sélection. Les études conduites dans des pays en voie de développement ou dans des contextes culturels très éloignés du contexte européen ont été exclues, sauf si elles répondaient précisément à la question de recherche. Les études portant sur des populations mineures, sur le vécu des proches, ou exclusivement sur des personnes alcoolodépendantes ont également été exclues. Ceci partant de l'hypothèse que les stratégies de *coping* sont différentes en raison des impacts et problématiques spécifiques au type de produit consommé, en particulier lorsqu'il est illicite. Enfin, les études qui n'explorent pas directement les stratégies de *coping* ou leur effet sur le processus de rétablissement, et les études centrées sur les dynamiques de réseaux sociaux, n'ont pas été retenues.

La recherche documentaire a été principalement conduite dans les bases de données PubMed et CINAHL en raison de leur pertinence pour les sciences infirmières et les domaines de la santé. Google Scholar a été mobilisé de manière stratégique en amont de la recherche principale. Cette étape a permis d'identifier des synonymes et d'enrichir les équations de

recherche avec des termes libres, fréquemment utilisés dans la littérature, ainsi que des descripteurs pertinents.

Le processus de sélection des articles s'est déroulé en plusieurs étapes. Une première recherche dans la base de données PubMed a permis d'identifier 433 articles, à partir d'une équation construite avec des descripteurs MeSH et des termes libres. Après un tri selon les critères d'inclusion et d'exclusion, 6 articles ont été retenus. Une seconde recherche menée dans CINAHL a généré 566 articles, dont 2 articles supplémentaires ont été sélectionnés. Au total, 999 résultats ont été recensés dans les deux bases et 8 articles ont été inclus pour répondre à la question de recherche. Le *flowchart* à l'annexe II en détaille les étapes.



## 4. Résultats

### 4.1 Type d'études incluses

Les articles utilisés dans cette étude sont au nombre de 8 dont 1 qualitatif (Turpin & Shier, 2017), 5 quantitatifs (Runyan et al., 2024), (Dennis & Scott, 2007), (Ciobanu et al., 2020), (Elisonet al., 2017) (Martinelli et al., 2020) et 2 mixtes à dominance quantitative (Giménez-Meseguer et al., 2015), (Stea et al. 2015). Les échantillons de nos articles varient entre 37 (Stea et al. 2015) et 2'311 (Elison et al., 2017). Voici un descriptif de leurs objectifs et leurs échantillons respectif (plus de détail dans les annexes III et IV).

L'étude de Runyan et al. (2024) se déroule aux Etats Unis. Son but est de tester si des relations proches et un sentiment de force personnelle (deux aspects de la croissance post-traumatique) peuvent aider les personnes en rétablissement à mieux gérer le stress, diminuer leur impulsivité et renforcer leur autorégulation. L'étude examine également dans quelle mesure des interventions brèves, centrées sur le soutien social, peuvent améliorer ces effets dans la vie quotidienne. L'étude s'est déroulée en 2 temps et a ciblé 2 populations différentes : les personnes en rétablissement d'un trouble lié à l'usage de substances vivant en résidentiel dans un programme de rétablissement en 12 étapes N=44, ainsi que des étudiants de l'université de l'Indiana N=56, répartis aléatoirement dans 2 groupes différents.

L'article de Guimenez-Meseguer et al. (2015) évalue les changements de qualité de vie chez les patients toxicodépendants après la participation à un programme d'exercice physique en groupe. Ces 37 personnes ont été recrutées dans un programme de traitement de drogues intensif en Espagne, indépendamment de leur stade de rétablissement. La répartition de cet échantillon de convenance s'est faite selon un critère de préférence entre le groupe expérimental (N=18) et le groupe contrôle (N=19).

Dans l'article de Stea et al. (2015), les auteurs abordent le processus de rétablissement d'une dépendance au cannabis en comparant des individus qui se sont rétablis naturellement de ceux qui ont bénéficié d'un traitement. Ils évaluent les similarités et les différences entre un groupe rétabli par abstinence et un autre groupe en maintenant une consommation contrôlée. Les 119 participants sont des adultes d'au moins 18 ans ayant souffert d'un trouble lié à l'usage du cannabis. Ils ont été recrutés au Canada sur un mode volontaire via divers médias (radio, télé, internet, journaux, flyers).

L'article de Dennis et al., (2007), évalue comment la santé physique, la santé mentale et le *coping* varient en fonction de la durée de l'abstinence en répondant aux questions suivantes : De quelle manière l'environnement, les amis sobres, l'auto-efficacité face à la rechute, le

soutien social et spirituel jouent un rôle dans la durée de l'abstinence, et comment la probabilité de maintenir l'abstinence une année supplémentaire varie-t-elle selon la durée de l'abstinence. Un total de 1'326 adultes ont été recrutés entre 1996 et 1998 parmi 22 programmes de traitement de la toxicomanie aux Etats-Unis. Parmi eux, 1'162 participants ont participé à l'entretien de huit ans, seuls les 501 abstinents d'une période d'au moins un mois ont été intégrés.

L'article de Ciobanu et al. (2020), examine les stratégies de *coping* chez des patients dépendants à l'alcool et/ou aux opioïdes. Les auteurs explorent également les liens entre le *coping*, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. Au total, 244 adultes ont été inclus dans l'étude. Ils ont été recrutés par des cliniciens certifiés en addictologie venant de 4 centres spécialisés en France.

L'article Elison et al. (2017) se déroule au Royaume-Uni. Le but de cette étude est de voir si un programme de thérapie en ligne (*Breaking Free Online*), qui s'adapte aux besoins de chaque personne, peut aider les utilisateurs dans leur rétablissement à travers l'enseignement et l'encouragement à pratiquer des stratégies de *coping*. Parmi les 3 questions principales de l'étude, seule celle sur les stratégies associées à un meilleur résultat de rétablissement est abordée, les autres ne répondent pas à notre problématique. L'étude cible les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances sans précision en Ecosse, au Pays de Galles et en Angleterre. La taille de l'échantillon est de 2'311, dont 1'973 personnes recrutées dans des services spécialisés en addictions et 53 dans des unités de désintoxication hospitalières. La majorité ont déclaré consommer de l'héroïne (11,7%), la cocaïne (6%) ou de l'alcool (57,6%) comme substance principale.

L'article de Martinelli et al., (2020) traite d'une étude transversale menée au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Belgique. Elle vise à évaluer si l'appartenance à des groupes d'entraide est associée à un meilleur rétablissement. L'étude cible les personnes en rétablissement d'une dépendance aux drogues illicites. L'échantillon final se compose de 367 participants recrutés de façon volontaire via une diversité de canaux, au Royaume-Uni N=118, aux Pays-Bas N=136, et en Belgique N=113.

L'article Turpin & Shier (2017) a comme objectif de proposer un cadre conceptuel pour évaluer le développement intrapersonnel des personnes en traitement pour trouble lié à l'usage de substances, indépendamment de la substance consommée. L'étude inclut 41 patients adultes engagés dans un traitement résidentiel à long terme pour les troubles liés à l'usage de substances au sein d'un service communautaire au Canada.

## 4.2 Résultats en lien avec le *coping* et le rétablissement

Dans ce travail, l'objectif est d'identifier les stratégies de *coping* efficaces qui favorisent le rétablissement. Pour ce faire, les stratégies de *coping* ont été regroupées selon Lazarus et Folkman (1984) en 3 catégories : le *coping* émotionnel, le *coping* centré sur le problème et le *coping* centré sur la recherche de soutien social. A l'intérieur de ces catégories, les résultats seront, quant à eux, présentés de façon regroupée selon leurs effets sur les 3 grandes dimensions du rétablissement selon Vanderplasschen et Best (2021) : psychologiques, sociales et existentielles. Les sous-catégories de ces thèmes ont été identifiées inductivement dans les 8 articles sélectionnés de la revue de littérature, et se trouvent dans un tableau (annexe V).

### 4.2.1 *Coping* émotionnel :

Le *coping* émotionnel est l'une des catégories de stratégies proposées par Lazarus & Folkman (1984). Il fait appel aux mécanismes d'autocontrôle émotionnel, de fuite ou d'évitement des émotions, ainsi que d'auto-accusation (ibid).

Six articles ont étudié le *coping* émotionnel (Dennis et al., 2007 ; Giménez-Meseguer et al., 2015 ; Elison et al., 2017 ; Turpin & Shier 2017 ; Ciobanu et al., 2020 ; Runyan et al., 2024). Les données qualitatives de Giménez-Meseguer et al. (2015) montrent qu'il y a une amélioration de l'humeur, une réduction du stress et de l'anxiété en lien avec l'activité physique car elle permet la relaxation et la distraction. Runyan et al. (2024) montrent qu'un état émotionnel positif est associé à une réduction du stress ( $\beta = -0.0206$ ,  $p < .001$ ,  $r^2 = 0.11$ ) et que des liens étroits avec autrui prédisent fortement un affect positif ( $\beta = 0.877$ ,  $p < .001$ ,  $r^2 = 0.42$ ). Turpin & Shier (2017) rapportent que la gestion des émotions intenses, notamment la colère, a entraîné des changements comportementaux significatifs chez les participants. Ceux-ci ont progressivement remplacé des réactions violentes ou d'intimidation par des stratégies de régulation émotionnelle plus adaptées, telles que l'expression verbale ou le dialogue. Dans ce processus, la pleine conscience joue un rôle central en aidant à moduler les réponses émotionnelles. Elle permet de limiter les comportements impulsifs à travers des techniques concrètes, comme l'écriture réflexive, favorisant ainsi un meilleur contrôle émotionnel et une diminution des risques de rechute. Cela indique que cette stratégie est plus utilisée en début de rétablissement, puis progressivement diminuée avec le maintien de l'abstinence. Dans l'étude d'Elison et al. (2017), plusieurs modules du programme en ligne visent à améliorer la régulation émotionnelle, en influant sur les scores de progression du rétablissement (RPM) et l'anxiété et la dépression (PHQ-2). Le module « Impact émotionnel », basé sur la pleine conscience, a permis de réduire les émotions négatives (*Recovery Progression Measure* (RPM) :  $M = 6.84$  à  $M = 5.90/10$ ,  $p < 0.0001$ ). Le module sur les

sensations physiques liées au *craving* montre également une amélioration (RPM : M = 5.99 à M = 4.99/10,  $p < 0.0001$ ). Le module « Situations difficiles », axé sur l'anticipation des contextes à risque, a amélioré la maîtrise des impulsions (M = 6.26 à M = 5.45/10 (RPM),  $p < 0.0001$ ). Enfin, la restructuration cognitive via le module « Pensées négatives » a réduit les symptômes d'anxiété et de dépression (PHQ-4 : M = 5.67 à M = 3.43 /12,  $p < 0.0001$ ,  $r = 0.45$ ).

Deux auteurs abordent la valorisation de soi. Dans l'étude de Turpin & Shier (2017), l'estime de soi est décrite comme un élément central du processus de rétablissement. Les participants rapportent qu'apprendre à reconnaître leur propre valeur a constitué une expérience nouvelle et déterminante. Le fait de se sentir utile à travers, notamment, le "*work therapy*" a permis une valorisation concrète des contributions personnelles, renforçant ainsi leur sentiment de compétence et de fierté. La restauration de la fierté personnelle est décrite comme fondamentale dans le cheminement vers le rétablissement. De plus, ces éléments ont favorisé une participation plus active au traitement, par une motivation accrue, et facilitent la fixation d'objectifs réalistes et l'investissement dans le parcours thérapeutique. La lutte contre les pensées négatives et le maintien d'une vision positive de soi apparaissent comme des stratégies essentielles, en particulier lors des phases de transition post-traitement. Selon l'article de Giménez-Meseguer et al. 2015, le fait de réussir le programme d'exercice physique et d'améliorer la condition physique a également procuré aux participants un sentiment d'accomplissement personnel et une meilleure estime de soi.

L'article Dennis et al. (2007) évoque la stratégie de *coping* des croyances qui est abordée à travers la mesure du soutien spirituel. Cette variable est évaluée à l'aide de l'indice *Spiritual Social Support Index* allant de 0 à 7. Les scores moyens de soutien spirituel semblent augmenter avec la durée de l'abstinence (M = 5.4 à 6.1/7), l'analyse de variance ne révèle pas de différence statistiquement significative entre les groupes ( $p = 0.19$ ). Le soutien spirituel augmente de manière significative avec le temps d'abstinence, bien qu'il diffère entre les groupes, 1 à 12 mois : M=5.4/7, 1 à 3 ans : 5.7/7, 3 à 5 ans : M=6.1/7, 5 ans ou plus : M=5.9/7.

L'évitement cognitif est identifié par Dennis et al. (2007) comme un mécanisme de gestion de l'émotion centré sur le retrait mental ou la minimisation du problème. Il présente une diminution mesurable avec la durée de l'abstinence, sur une échelle allant de 0 à 18 (*Coping Response Inventory – CRI*). Les scores moyens rapportés sont les suivants : 1 à 12 mois d'abstinence M=9.5/18, 1 et 3 ans d'abstinence : M=8.6/18, 3 à 5 ans : M=7.4/18 et à 5 ans et plus d'abstinence : M=6.3/18. Cette tendance décroissante est statistiquement significative ( $f = 0.17$  ;  $p < 0.05$ ).

#### 4.2.2 *Coping* centré sur le problème

Le *coping* centré sur le problème englobe tout ce qui est dirigé vers une modification, un évitement ou une minimisation du stresser ou de son impact. Il regroupe la résolution de problèmes, la reconceptualisation, la réévaluation positive, la distanciation et la confrontation (Lazarus et Folkman 1984).

La motivation au changement est abordée par 4 auteurs. Dans l'article de Giménez-Meseguer et al. (2015), la motivation à changer est évoquée à travers les témoignages des participants engagés dans le programme d'exercice physique qui les y encourage. Les études de Turpin & Shier (2017) et Elison et al. (2017) mettent en évidence la fixation d'objectifs personnels comme une stratégie centrale permettant de maintenir un engagement actif dans le traitement. Dans Turpin & Shier (2017) les participants les plus engagés personnellement déclarent une meilleure compréhension de leur cheminement, une plus grande stabilité émotionnelle et une meilleure capacité à maintenir l'abstinence. Ce niveau d'implication est également soutenu par une relation thérapeutique collaborative. Le partage d'expériences personnelles avec les professionnels permet d'adapter les interventions et de renforcer l'alliance thérapeutique. Ces stratégies favorisent un sentiment de progression personnelle, de contrôle accru sur le rétablissement et de confiance en les capacités à maintenir les changements amorcés. Dans l'étude d'Elison et al. (2017) la fixation d'objectifs personnels intégrée au module « style de vie » du programme en ligne aide à se projeter dans l'avenir de façon significative. Les scores mesurés par la RPM passent d'une moyenne de 5.97/10 (SD = 2.74) en pré-intervention à 5.42/10 (SD = 2.93) en post-intervention ( $Z = 8.548$ ,  $p < 0.0001$ ), avec une taille d'effet modérée ( $r = 0.19$ ). De plus, une relation dose-réponse a été observée entre le nombre de modules complétés et l'amélioration du fonctionnement dans ce domaine ( $F = 452.576$ ,  $\beta = -0.206$ , IC =  $[-0.256 ; -0.156]$ ,  $p < 0.0001$ ). Dans l'article de Martinelli et al. (2020) l'engagement envers la sobriété est mesuré et apparaît significativement plus élevé chez les membres de groupes d'entraide ( $M = 5.58/6$ ) que chez les non-membres ( $M = 5.11/6$ ,  $p < 0.001$ ). Ce score augmente encore chez les membres actifs ( $M = 5.68/6$ ) par rapport aux anciens membres ( $M = 5.33/6$ ),  $p < .001$ . Cet engagement actif envers le changement est associé à une meilleure stabilité en matière d'abstinence, avec 94 % des membres de groupes d'entraide déclarant être abstinentes, contre 75 % chez les non-membres.

Le *coping* cognitif est mentionné dans 4 articles. Dennis et al. (2007) ont examiné l'évolution des stratégies de *coping* en fonction de la durée d'abstinence. Ils ont utilisé le *Coping Response Inventory* (CRI) pour évaluer plusieurs sous-dimensions des stratégies cognitives : l'analyse logique ( $F = 0.13$ ,  $p < 0.05$ ), la planification ( $F = 0.17$ ,  $p < 0.05$ ), la réévaluation positive ( $F = 0.14$ ,  $p < 0.05$ ), et l'acceptation ou la résignation ( $F = 0.14$ ,  $p < 0.05$ ). L'ensemble des résultats montre une diminution de l'utilisation des stratégies cognitives de *coping* à

mesure que la durée d'abstinence progresse avec les années. Dans l'étude de Stea et al. (2015) 59,7 % de l'échantillon a rapporté avoir eu recours à des stratégies cognitives. Parmi les plus fréquemment rapportées par les participants, trois d'entre elles ont été spécifiquement utilisées : réfléchir aux bénéfices et aux conséquences négatives de l'usage du cannabis (86,6%) ; la réduction du temps passé avec des consommateurs et l'augmentation du temps passé avec des non-consommateurs (54,6%) ; le contrôle des stimuli ou l'évitement de déclencheurs liés à l'usage (35,5%). Les proportions ne diffèrent pas significativement entre les groupes de rétablissement par abstinence (58,8 %) versus par consommation contrôlée (60,8 %), ou encore en traitement (52,8 %), ou naturel (65,2 %). Les stratégies cognitives sont également les plus fréquemment citées parmi les facteurs de maintien du rétablissement, avec un taux d'utilisation de 69,7 %, ce qui souligne son importance dans la prévention de la rechute. Dans l'étude d'Elison et al. (2017), une stratégie de restructuration cognitive est intégrée au module « pensées négatives » du programme en ligne. Cette stratégie de *coping* cognitive aide les personnes à identifier et modifier les schémas de pensée dysfonctionnels liés à la consommation. Bien que son objectif premier soit cognitif, cette approche contribue également à la régulation émotionnelle, et ses effets sont détaillés dans la section consacrée au coping émotionnel. Enfin, Turpin & Shier (2017) identifient des processus cognitifs d'introspection et d'auto-évaluation qui permettent aux participants de prendre conscience de leurs mécanismes de consommation et de renforcer leur engagement dans le rétablissement. La conscience de soi est abordée dans deux études (Stea et al., 2015 ; Turpin & Shier, 2017) comme un levier central du rétablissement. Turpin & Shier (2017) montrent que la capacité à reconnaître ses propres schémas de fonctionnement et déclencheurs favorise l'investissement personnel dans le traitement. Ce processus est facilité par des approches thérapeutiques centrées sur l'échange et l'introspection. Les auteurs rapportent également que la redécouverte d'activités personnelles aide à reconstruire une image de soi valorisante. Dans l'article Stea et al. (2015) 25,2% des participants ont déclaré avoir développé une meilleure compréhension d'eux-mêmes ou une prise de conscience accrue dans le cadre de leur processus de rétablissement.

Un article évoque les stratégies de *coping* en lien avec le maintien d'une routine. Dans l'article de Giménez-Meseguer et al. (2015), les participants décrivent une amélioration de l'organisation de leur journée et de leur capacité à s'engager dans les activités de la vie quotidienne à la suite de leur participation au programme d'exercice physique. Cette routine est mentionnée comme un élément facilitateur de stabilité favorable au rétablissement.

L'environnement est mentionné comme stratégie de *coping* dans l'étude de Dennis et al. (2007). Il offre un cadre de vie stable favorable au rétablissement. Plusieurs indicateurs environnementaux ont été mesurés en lien avec la durée de l'abstinence. Le nombre de jours

passés dans un logement stable ou chez un ami au cours des 30 derniers jours augmente selon la durée de l'abstinence, bien que de façon non significative ( $p = 0.45$ ). Parallèlement le « risque environnemental » diminue légèrement avec le temps sans variation significative ( $p = 0.26$ ).

Dans l'étude menée par Elison et al. (2017) la stratégie de coping basée sur l'activation comportementale est utilisée pour remplacer des comportements inadaptés ou addictifs, tels que la consommation compulsive, l'évitement des responsabilités, les réactions impulsives ou autodestructrices. Ce module thérapeutique aide les personnes à identifier ces comportements problématiques, et à les remplacer par des actions plus saines et constructives. Les résultats montrent une amélioration significative, avec une réduction des comportements problématiques mesurée par le score RPM (pré-intervention  $M = 5.90/10$ , post-intervention  $M = 5.23/10$ ,  $p < 0.0001$ ).

L'article de Giménez-Meseguer et al. (2015) est le seul à évoquer l'activité physique comme stratégie de *coping*. L'activité physique rapporte des bénéfices psychologiques qui incluent une réduction du stress et de l'anxiété, une amélioration de l'humeur et la possibilité de se distraire des problèmes du quotidien. Le groupe expérimental, contrairement au groupe de contrôle, a montré des améliorations dans plusieurs dimensions de la qualité de vie mesurées par le questionnaire SF-36 (*Short Form Health Survey*, scores allant de 0 à 100) liée au bien-être psychologique et social comparé au groupe de contrôle. Les scores de vitalité sont passés de 53.88/100 ( $\pm 15.29$ ) à 75.7/100 ( $\pm 8.5$ ), avec un effet significatif ( $F(1,35) = 17.00$ ,  $p < 0.001$ ,  $ES = 0.33$ ). La santé mentale a également augmenté, avec un score passé de 53.33/100 ( $\pm 16.58$ ) à 78.00/100 ( $\pm 9.2$ ) ( $F(1,35) = 14.74$ ,  $p < 0.001$ ,  $ES = 0.30$ ). La fonction sociale s'est améliorée de 58.33/100 ( $\pm 31.50$ ) à 85.8/100 ( $\pm 11.5$ ) ( $F(1,35) = 15.74$ ,  $p < 0.001$ ,  $ES = 0.31$ ). La fonction physique est passée de 90.00/100 ( $\pm 9.2$ ) à 95.5/100 ( $\pm 8.0$ ). Enfin, une amélioration plus modérée est observée pour la santé globale allant de 61.11/100 ( $\pm 18.48$ ) à 75.5/100 ( $\pm 13.6$ ) ( $F(1,35) = 4.16$ ,  $p < 0.05$ ,  $ES = 0.10$ ).

Dans l'étude de Turpin et Shier (2017), l'acceptation de soi est identifiée par les participants comme un moyen d'agir sur leur vécu émotionnel et identitaire. Ce processus implique une reconnaissance de son histoire personnelle, de ses vulnérabilités, ainsi qu'un dépassement des schémas d'auto-culpabilisation souvent présents dans le parcours de dépendance. Les répondants l'associent à un changement dans la perception de soi, marqué par une reconstruction de l'estime personnelle et l'émergence d'un regard plus bienveillant et valorisant sur leur identité. L'acceptation de soi permet ainsi de restaurer un sentiment de fierté, de cohérence personnelle et d'engagement dans le processus thérapeutique.

L'article de Ciobanu et al. (2020) est le seul article qui parle de la stratégie de *coping* axée sur la planification. Définie comme l'élaboration réfléchie de stratégies pour faire face à une situation difficile ou atteindre un objectif. Elle figure parmi les stratégies de *coping* les plus fréquemment rapportées dans l'échantillon avec un score moyen de 5,2/8 ( $\pm 1.6$ ). Après l'ajustement des variables cliniques et sociodémographiques, elle s'est avérée significativement associée à une meilleure qualité de vie mentale ( $\beta = 1.468$ ,  $p = 0.008$ ). Les patients alcoolodépendants présentent un score moyen de 5.3/8  $\pm 1.6$ , tandis que les patients toxicodépendants obtiennent un score moyen de 5.1 sur 8  $\pm 1.6$  ( $p = 0.03$ ).

#### 4.2.3 *Coping* centré sur la recherche de soutien social

Le *coping* centré sur la recherche de soutien social se décompose en 2 catégories : le soutien informationnel et le soutien émotionnel (Lazarus et Folkman 1984).

Sept articles parlent du soutien social comme stratégie de *coping*. Dans l'étude de Stea et al. (2015), les stratégies de *coping* en lien avec l'entraide et le soutien social sont abordées à travers l'analyse de l'utilisation des ressources mobilisées. L'entraide notamment, est évaluée par le recours à des outils d'auto-assistance, déclaré par 34,5 % des participants, ainsi que par la participation à des formes de soutien structuré dans le cadre de traitements (33,6% de l'échantillon total). Contrairement aux participants du groupe de rétablissement naturel, les personnes appartenant au groupe de rétablissement qui sont en traitement rapportent significativement plus souvent l'utilisation de ressources de soutien formel (83%), y compris des traitements pour des troubles addictifs ou psychiatriques concomitants. Le soutien social identifié comme un facteur central du maintien du rétablissement est évalué à partir des auto-déclarations des participants. Le soutien de la famille et des amis a été mentionné par 78,2 % des participants comme un facteur déterminant, avec une note moyenne d'efficacité perçue de 4.23 sur 5, indiquant une forte valeur protectrice sur la durée. Dans l'étude de Dennis et al. (2007), la stratégie de *coping* en lien avec le soutien social est analysée à travers l'exposition des participants à un environnement social favorable au rétablissement, incluant la participation à des groupes d'entraide (tels que les programmes en 12 étapes), l'engagement dans des activités sociales et le maintien de relations avec des individus eux-mêmes abstinents. Le soutien social y est considéré comme un facteur comportemental et contextuel influençant la trajectoire de rétablissement sur une période de huit ans. Il a été mesuré par un indice de soutien perçu, allant de 0 à 20, où un score plus élevé indique un soutien perçu plus important. Les résultats montrent une augmentation significative du soutien social perçu avec la durée de l'abstinence : entre 1 à 12 mois :  $M=13.6/20$ , 1 à 3 ans :  $M=14.6/20$ , 3 à 5 ans :  $M= 14.6/20$  et 5 ans ou plus :  $M=16.2/20$  avec  $f=0.18$  et  $p < 0.05$ . Dans l'étude de Giménez-Meseguer et al. (2015) la stratégie de *coping* fondée sur le soutien social est abordée à travers les effets psychosociaux perçus d'après la participation au programme d'exercice physique.



Les données qualitatives révèlent que plusieurs participants ont identifié des améliorations dans leurs relations sociales, mentionnant le développement de nouveaux contacts sociaux et l'amélioration de leur fonctionnement relationnel. Ces observations sont étayées par les résultats quantitatifs issus de la dimension du fonctionnement social du questionnaire SF-36, avec une amélioration significative au sein du groupe expérimental ayant participé au programme d'activité physique ( $58.33/100 \pm 31.50$  avant l'intervention à  $87.50/100 \pm 16.14$  après l'intervention avec  $F(1,35) = 15.74$  ;  $p < 0.001$  ;  $ES = 0.31$ ). Dans l'étude de Turpin & Shier (2017) plusieurs participants ont indiqué que les échanges en thérapie de groupe et les discussions informelles avec d'autres personnes en traitement avaient contribué à leur processus de rétablissement. Ces interactions ont permis de partager des expériences similaires, de mieux comprendre leurs propres émotions et de réfléchir à leurs comportements. La relation avec les professionnels est mentionnée comme un élément facilitant le sentiment de reconnaissance ainsi que la personnalisation du soutien. Le soutien interpersonnel a été associé au développement de la conscience de soi, au renforcement de l'estime personnelle, et à une meilleure compréhension de leur trajectoire de dépendance. Dans l'étude de Runyan et al. (2024) le soutien social perçu est négativement corrélé au nombre de rechutes ( $r(37) = -0.392$ ,  $p = 0.017$ ) et au vécu d'événements stressants ( $\beta = -0.024$ ,  $p = 0.026$ ). Bien que son effet sur le stress devienne non significatif ( $p = 0.95$ ) lorsque l'état émotionnel est entré dans le modèle comme variable de contrôle, celui-ci reste un médiateur significatif ( $\beta = -0.0206$ ,  $p < 0.001$ ), suggérant qu'il contribue indirectement à la réduction du stress en améliorant l'état émotionnel.

L'article de Martinelli et al. (2020) évalue le rôle des groupes d'entraide. Fondés sur le partage d'expériences entre pairs et non encadrés par des professionnels, ils constituent une forme de soutien social mutuel basée sur des expériences vécues communes et favorisent l'intégration dans de nouveaux réseaux sociaux orientés vers le rétablissement. Les membres de ces groupes déclarent également un capital de rétablissement plus élevé mesuré par l'échelle *Brief Assessment of Recovery Capital* (BARC-10) ( $M = 5.23/6$ ) que les non-membres ( $M = 4.77/6$ ,  $p < 0.001$ ). Par ailleurs, la participation à de nouveaux groupes sociaux est mesurée par l'échelle *Exeter Identity Transition Scales (EXITS)* significativement plus fréquente parmi eux ( $M = 5.60/7$  vs.  $M = 4.38/7$ ,  $p < 0.001$ ). Si 94 % des membres se déclarent abstinents, contre 75 % des non-membres, leur nombre moyen de jours de consommation de substances au cours des 30 derniers jours est plus faible ( $M = 0.8$ ) que chez les non-membres ( $M = 3.0$ ,  $p < 0.001$ ).

#### 4.2.4 Stratégies de *coping* inefficaces

Certaines stratégies de *coping* apparaissent moins favorables au processus de rétablissement. Dans l'étude de Ciobanu et al. (2020) le soutien émotionnel ( $M = 4.8/8$ ) et instrumental ( $M = 5.0/8$ ) sont fréquemment utilisés et ne présentent pas d'effet significatif sur la qualité de vie mentale ( $\beta = -0.39, p = 0.41$  ;  $\beta = -0.36, p = 0.48$ ). L'humour, également peu mobilisé ( $M = 3.2/8$ ), n'est pas associé à une amélioration significative dans les analyses multivariées. Le *coping* religieux ( $M = 2.6/8$ ) est aussi faiblement utilisé et sans effet mesurable sur la qualité de vie mentale. Le déni présente une association marginalement négative avec la composante mentale de la qualité de vie ( $\beta = -0.77, p = 0.06$ ), sans atteindre le seuil de signification (Ciobanu et al., 2020). L'auto-culpabilité, en revanche, apparaît comme particulièrement délétère, fréquemment mobilisée ( $M = 5.5/8$ ), elle est associée à une moins bonne qualité de vie mentale ( $\beta = -2.057, p < 0.001$ ), ainsi qu'à des niveaux accrus d'anxiété ( $r = 0.37, p < 0.001$ ) et de dépression ( $r = 0.40, p < 0.001$ ) (Ciobanu et al., 2020). Certaines stratégies pourtant efficaces, comme le recadrage positif ( $M = 4.9/8$ ) et l'acceptation ( $M = 5.3/8$ ), sont sous-utilisées chez les personnes toxicodépendantes, malgré leur lien significatif avec une meilleure qualité de vie mentale ( $\beta = 1.154, p = 0.04$  ;  $\beta = 1.585, p = 0.007$ ). Leur fréquence d'utilisation est inférieure à celle observée chez les alcoolodépendants (Ciobanu et al., 2020). La décharge émotionnelle selon Dennis et al. (2007), diminue avec la durée d'abstinence ( $f = 0.14, p < 0.5$ ), suggérant un usage transitoire, potentiellement utile à court terme, et non favorable à long terme. Enfin, les stratégies d'évitement comportemental sont rapportées par 35,3 % des participants dans l'étude de Stea et al. (2015).

## 5. Discussion et perspectives

L'objectif de ce TB est d'identifier les stratégies de *coping* qui favorisent un meilleur rétablissement chez les personnes toxicodépendantes. Les résultats des études incluses confirment l'importance d'une approche globale du rétablissement, prenant en compte les ressources internes de la personne, sa capacité de réflexion, de régulation affective et d'interaction avec son environnement. Afin de répondre à la question de recherche, cette partie va se concentrer sur les apports principaux des stratégies de *coping* au regard des 3 dimensions du rétablissement (annexe V) : psychologique, existentiel et social selon Vanderplasschen et Best (2021) et en lien avec le cadre théorique du *Self-care*. Des recommandations pour la pratique ainsi que des pistes de recherche futures clôtureront cette partie.

Le *coping* émotionnel est ressorti comme une stratégie déterminante dans six des huit articles analysés. Sur le plan psychologique, le *coping* émotionnel permet une régulation des émotions intenses, en particulier celles liées au stress, à l'anxiété et à la colère (Runyan et al., 2024). Il participe à une stabilisation de l'humeur (Giménez-Meseguer et al., 2015) et au renforcement du sentiment de contrôle de soi. Ces effets sont en cohérence avec les objectifs de la Stratégie Nationale MNT, qui vise le développement de compétences psychiques pour améliorer la santé mentale (OFSP, 2019). Ces résultats sont corroborés par Setiawan et al. (2024) qui met en évidence l'efficacité des stratégies psychologiques dans la gestion des émotions et la prévention des rechutes. Elison et al. (2017) confirment également l'effet bénéfique de modules thérapeutiques incluant la pleine conscience et la restructuration cognitive sur la réduction de l'anxiété, du *craving* et des comportements impulsifs. Sur le plan existentiel, le *coping* émotionnel contribue à une redéfinition du rapport à soi et à une reconstruction identitaire. Turpin et Shier (2017) décrivent comment la gestion des émotions intenses, telles que la colère ou la honte, soutient la restauration de l'estime de soi et la réappropriation d'un sentiment de dignité personnelle. L'usage d'outils comme l'écriture réflexive ou la pleine conscience permettent de donner un sens aux émotions vécues, et de reconfigurer une trajectoire de vie tournée vers la sobriété. Ces éléments sont également relevés dans l'étude de Setiawan et al. (2024) où l'amélioration de la conscience de soi et la quête de sens sont identifiées comme des leviers puissants du rétablissement. Enfin, sur le plan social, le *coping* émotionnel favorise l'amélioration des interactions sociales. Runyan et al. (2024) soulignent l'importance des émotions positives dans la capacité à nouer des relations saines et stables. L'activité physique, identifiée par Giménez-Meseguer et al. (2015) comme facteur de bien-être émotionnel, peut également faciliter l'intégration dans des groupes ou communautés soutenantes. Toutefois, ces résultats sont à nuancer. Alessi et al. (2020) montrent que si

l'activité physique contribue à l'amélioration de l'humeur et de la qualité de vie, son effet direct sur la réduction de la consommation n'est significatif que lorsque l'engagement dans le programme est élevé. Ces données suggèrent que les bénéfices du *coping* émotionnel sur le plan social dépendent à la fois des contextes d'application et du niveau d'investissement personnel dans les pratiques proposées.

La motivation au changement constitue une stratégie de *coping* transversale sur 4 articles. Sur le plan psychologique, elle se manifeste par la fixation d'objectifs personnels et l'engagement actif dans le traitement, soutenus par une alliance thérapeutique de qualité (Turpin & Shier, 2017 ; Elison et al., 2017). Ces observations sont corroborées par l'étude de Setiawan et al. (2024), qui souligne l'importance de la conscience de soi, de la responsabilité individuelle, et de la prise de décision comme dans le processus de rétablissement. Sur le plan social, l'appartenance à des groupes d'entraide renforce l'engagement envers la sobriété et favorise la stabilité de l'abstinence (Martinelli et al., 2020). Setiawan et al. (2024) confirme ce rôle du soutien social perçu comme un levier stratégique pour maintenir l'engagement dans le changement. Sur le plan existentiel, la motivation s'exprime par une volonté de transformation identitaire. Les participants de l'article de Giménez-Meseguer et al. (2015) décrivent une redéfinition de soi à travers leur participation à un programme d'activité physique. Cette dimension est également mise en évidence par Setiawan et al. (2024), qui décrit le changement comme une reconstruction de l'identité orientée vers des valeurs de vie renouvelées.

Quatre études mettent en évidence l'utilisation de stratégies cognitives dans le processus de rétablissement. Sur le plan psychologique, Dennis et al. (2007) montrent que des stratégies telles que la planification, l'analyse logique ou la réévaluation positive sont particulièrement présentes dans les phases initiales du rétablissement, et ont tendance à diminuer avec le temps d'abstinence. Stea et al. (2015) confirment l'importance de la réflexion sur les bénéfices de l'abstinence, de l'évitement des stimuli à risque et de la réévaluation des fréquentations, qui jouent un rôle dans la prévention des rechutes. Elison et al. (2017) montrent que la restructuration cognitive aide les personnes à identifier et à modifier les pensées négatives liées à la consommation, ce qui favorise une meilleure régulation émotionnelle. Enfin, Turpin & Shier (2017) identifient l'introspection et l'auto-évaluation comme des leviers permettant une prise de conscience des comportements addictifs et un engagement plus actif dans le changement. Ces observations sont corroborées par Setiawan et al. (2024), qui décrit ces stratégies comme des composantes du *coping* centré sur la tâche, favorisant le sentiment de contrôle et d'autonomie. Sur le plan social, les stratégies cognitives soutiennent des ajustements comportementaux favorables à l'environnement relationnel. Par exemple, la

réévaluation des fréquentations (Stea et al., 2015) ou l'anticipation de situations à risque permet d'éviter des contextes de rechute et de renforcer les liens avec des environnements sobres. L'étude de Setiawan et al. (2024) souligne l'association entre dimensions cognitive et sociale, notamment à travers des stratégies qui visent à maintenir des routines et des interactions soutenant. Dans le même sens, Alessi et al. (2020) montrent que des activités structurées, comme l'exercice physique, peuvent renforcer les compétences d'autogestion en lien avec un cadre social stable. Sur le plan existentiel, le *coping* cognitif participe à la redéfinition identitaire et à la construction de sens. Les mécanismes d'introspection et de réévaluation évoqués par Turpin et Shier (2017), ainsi que la restructuration des pensées automatiques négatives (Elison et al., 2017), permettent une réappropriation du récit de soi et une clarification des valeurs. Cette fonction transformative est également mise en lumière dans la Stratégie Nationale MNT (OFSP, 2015), qui encourage le développement de l'auto-réflexion, la planification personnelle et l'adaptation comportementale comme leviers d'autonomie dans la gestion des maladies chroniques, incluant les addictions.

Le soutien social est la stratégie la plus fréquemment identifiée, sept articles sur huit l'ont évalué. Sur le plan psychologique, l'étude de Runyan et al. (2024) montre que le soutien social perçu est associé à une diminution du stress et à une meilleure autorégulation. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Turpin & Shier (2017), où les échanges avec d'autres personnes en traitement, ainsi que les liens avec les professionnels, ont permis une meilleure compréhension de soi, une valorisation personnelle et un engagement accru. L'étude de Setiawan et al. (2024) confirme que les liens émotionnels et la reconnaissance mutuelle sont perçus comme essentiels pour restaurer la confiance en soi et favoriser la continuité du changement. Dans cette logique, les résultats s'inscrivent dans la perspective de l'OFSP (2025), qui reconnaît la régulation du stress et la prévention des rechutes comme objectifs prioritaires de santé publique. Sur le plan social, Dennis et al. (2007) ainsi que Stea et al. (2015) observent que l'intégration dans un environnement social favorable, que ce soit par les groupes d'entraide, les traitements formels ou les réseaux de proches, est associée à une meilleure continuité du rétablissement. Ces résultats sont fortement renforcés par ceux de Martinelli et al. (2020), qui montrent que l'appartenance à un groupe d'entraide est associée à un niveau d'abstinence plus élevé et à une réduction des jours d'usage. Ce constat est corroboré par Čtvrtečková et al. (2023), pour qui la dynamique de groupe joue un rôle central à travers des mécanismes d'identification, d'empathie et de reconnaissance. En complément, Vigdal et al. (2022) insistent sur la nécessité de conditions sociales stables pour favoriser le "*social recovery*", soulignant le rôle des interactions positives et de la réciprocité. Sur le plan existentiel, Turpin & Shier (2017) et Giménez-Meseguer et al. (2015) rapportent que les relations avec les pairs ou les professionnels permettent non seulement un soutien concret,

mais également un espace de reconnaissance de l'expérience personnelle. Martinelli et al. (2020) indiquent que les groupes d'entraide offrent un lieu où le vécu de la dépendance devient ressource partagée, renforçant un engagement existentiel. Ce rôle du groupe comme espace de transformation est également mis en évidence dans la brochure Promotion Santé Suisse (Bachmann., 2020) qui montre que les environnements favorables au dialogue, à la réciprocité et à la participation renforcent le sentiment de sens qui est un facteur essentiel de santé psychique. Enfin, l'approche critique de Vigdal et al. (2022) permet de nuancer ces résultats en soulignant que la stabilité relationnelle ne peut être considérée comme acquise, elle est souvent fragilisée par des conditions matérielles précaires, une santé mentale fluctuante ou des contextes institutionnels instables.

Bien que largement mobilisées, certaines stratégies de *coping* semblent peu efficaces, voire contre-productives dans le processus de rétablissement. L'auto-culpabilité est associée à une détérioration de la santé mentale, notamment à travers l'augmentation de l'anxiété et de la dépression, ce qui compromet la restauration de l'estime de soi (Ciobanu et al., 2020). La décharge émotionnelle, fréquente en début d'abstinence (Dennis et al., 2007), n'est pas liée à une amélioration durable de la qualité de vie. De même, l'évitement comportemental, bien qu'utile à court terme, freine l'apprentissage adaptatif nécessaire à une transformation en profondeur (Stea et al., 2015). La pratique religieuse ne montre pas d'effet significatif sur la qualité de vie mentale (Stea et al., 2015 ; Ciobanu et al., 2020). L'étude de Medlock et al. (2017) nuance ces résultats où le coping religieux positif peut avoir un léger effet protecteur, tandis que le coping négatif aggrave le *craving* et affaiblit l'auto-efficacité. L'humour, bien qu'associé à une baisse modérée des symptômes anxieux et dépressifs, reste insuffisant pour soutenir durablement le rétablissement (Ciobanu et al., 2020). Le déni, quant à lui, est lié à une moins bonne qualité de vie mentale et peut freiner l'émergence d'une conscience de soi essentielle au changement (Ciobanu et al., 2020). Enfin, des stratégies plus constructives comme le recadrage positif et l'acceptation sont peu utilisées par les personnes toxicodépendantes, alors qu'elles sont associées à une meilleure qualité de vie mentale (Ciobanu et al., 2020). Leur faible mobilisation, comparée à celle des personnes alcoolodépendantes, reflète peut-être une difficulté d'accès à l'introspection et à la résilience. Le soutien social, pourtant reconnu comme déterminant du rétablissement (Laudet, 2007), reste sous-utilisé dans cette population, notamment sur le plan émotionnel et instrumental (Ciobanu et al., 2020). Ce déficit peut s'expliquer par l'isolement aggravé des troubles psychiques (Obsan, 2014), la stigmatisation, les tensions familiales liées à la consommation (Ferrari et al., 2023), soulignant la nécessité d'un accompagnement spécifique pour en favoriser l'accès.

## 5.1 Résultats au regard du cadre théorique de Barbara Riegel

L'analyse des stratégies de *coping* identifiées dans les huit études sélectionnées permet d'établir un lien avec le modèle du *Self-care* de Barbara Riegel (Riegel et al., 2012), mobilisé comme cadre de référence dans ce travail. Ce modèle repose sur trois composantes : le *Self-care maintenance*, le *Self-care monitoring* et le *Self-care management*. Les catégories de *coping* identifiées dans les articles sélectionnés peuvent être organisées selon le modèle de Barbara Riegel pour favoriser la promotion des autosoins de manière structurée et efficace.

Les stratégies de *coping* centrées sur la motivation au changement, la mise en place d'une routine et l'engagement dans un programme ou un groupe structuré (Giménez-Meseguer et al., 2015 ; Martinelli et al., 2020), se retrouvent dans le *Self-care maintenance*, qui désigne l'ensemble des comportements quotidiens visant à maintenir la stabilité. La fixation d'objectifs personnels, évoquée dans les études d'Elison et al. (2017) et de Turpin & Shier (2017), est également reflétée dans cette dimension. Ces stratégies illustrent un engagement actif et constant dans des habitudes de vie propices à la sobriété, à la stabilité émotionnelle et à l'autonomie. En renforçant l'auto-efficacité et le sentiment de contrôle (Riegel et al., 2021), elles contribuent à ancrer les changements dans la durée.

Turpin & Shier (2017) ; Elison et al., (2017) et Stea et al., (2015) mettent en évidence le rôle central de la pleine conscience, de l'auto-observation et de la reconnaissance des déclencheurs émotionnels dans le processus de rétablissement qui se manifeste dans le *Self-care monitoring*. Ces stratégies permettent d'identifier précocement les signes de déséquilibre ou de rechute, condition essentielle à l'adaptation comportementale (Riegel et al., 2020 ; Riegel et al., 2012).

Le *Self-care management* référence la capacité de répondre de manière appropriée aux signaux perçus en mettant en œuvre des stratégies adaptées. Les stratégies de restructuration cognitive (Elison et al., 2017), de *coping* comportemental (Stea et al., 2015 ; Giménez-Meseguer et al., 2015) ou de mobilisation du soutien social se reflètent dans cette dimension (Runyan et al., 2024 ; Dennis et al., 2007). La capacité à solliciter de l'aide, à ajuster son environnement ou à remplacer des comportements à risque par des alternatives constructives, illustre ce processus. Il suppose des compétences décisionnelles, une autonomie renforcée, et l'accès à des ressources tant personnelles que sociales (Riegel et al., 2019).

Ainsi, l'ensemble des résultats souligne la pertinence du modèle de Riegel pour comprendre comment les personnes en rétablissement mobilisent des stratégies de *coping* efficaces.

## 5.2 Recommandations pour la pratique future

Une attention particulière devrait être portée dans les pratiques cliniques à l'identification des stratégies de *coping* non fonctionnelles afin d'accompagner les patients vers des mécanismes adaptatifs et cohérents pour un rétablissement global et durable. Il est indispensable d'identifier et de déconstruire les stratégies de *coping* nuisibles en formant les professionnels de la santé à repérer précocement les stratégies de *coping* délétères telles que l'auto-culpabilisation, le déni ou la décharge émotionnelle excessive. Un élément central qui devrait être intégré au sein du rôle infirmier est l'enseignement et le renforcement des compétences d'introspection et de pleine conscience en promouvant des outils adaptés pour la régulation émotionnelle ou l'écriture réflexive. Ce travail met en évidence plusieurs pistes de développement pour la recherche infirmière et interdisciplinaire dans le champ de la toxicodépendance. Des recherches longitudinales permettraient de mieux comprendre les stratégies fonctionnelles et dysfonctionnelles. Les résultats montrent que certaines stratégies varient selon le type de dépendance (alcool, opioïdes, drogues illicites), il serait intéressant d'avoir davantage de résultats fixés uniquement sur la toxicodépendance étant donné sa stigmatisation.



## 6. Conclusion

Ce TB avait pour objectif d'identifier les stratégies de *coping* efficaces pour favoriser le rétablissement des personnes souffrant de toxicodépendance. À travers l'analyse de huit études, il apparaît que la motivation à changer, les stratégies cognitives, le soutien social ou encore les stratégies émotionnelles ont des effets plus bénéfiques que d'autres sur le rétablissement, comme le déni, l'humour, l'auto-culpabilisation ou l'évitement. Par ailleurs, la mobilisation du cadre théorique du *Self-care* de Barbara Riegel s'est révélée pertinente au vu des stratégies de *coping* identifiées dans l'analyse qui corrélaient avec les dimensions du *Self-care maintenance, monitoring et management*.

Ce travail présente plusieurs forces notables. Il repose sur une méthodologie structurée et rigoureuse de recension des écrits. La catégorisation des stratégies de *coping* en lien avec les dimensions du rétablissement offre une lecture intégrée et cohérente du phénomène encore peu étudié à ce jour. Le recours à un cadre de référence théorique infirmier devrait faciliter un transfert dans la pratique. Néanmoins, certaines limites doivent être reconnues. Plusieurs études incluent également d'autres groupes de personnes, ce qui s'éloigne de la population cible de ce travail et limite la généralisation des résultats, la diversité des contextes étudiés ainsi que l'éloignement géographique et ses disparités culturelles. Enfin, le focus sur les stratégies de *coping* a laissé de côté d'autres déterminants de la santé comme la précarité ou les comorbidités psychiatriques.

D'un point de vue personnel et professionnel, ce travail nous a permis d'avoir un premier contact avec la recherche scientifique et d'apprendre à analyser des articles de manière critique et rigoureuse. Cette recherche de littérature nous a également permis de comprendre l'importance du processus de rétablissement en lien avec les stratégies de *coping*. Cela nous a amené à prendre conscience de l'impact que peut avoir l'infirmière dans l'accompagnement des personnes toxicodépendantes, en se positionnant en faveur de la santé et non de la maladie dans un système de soins centré sur l'aigu et le curatif. Le développement de compétences relationnelles telles que l'écoute active, le non-jugement, l'empathie et le soutien à l'autonomie sont essentielles pour nous, afin de favoriser un climat de confiance et soutenir le processus de rétablissement personnel au-delà du rétablissement clinique.

## 7. Liste des références

- Alessi, S. M., Rash, C., Pescatello, L. S. (2020). Reinforcing exercise to improve drug abuse treatment outcomes: A pilot randomized trial. *Psychol Addict Behav.*, 1, 52–64. DOI : 10.1037/adb0000517
- AVASAD. (2025). *Grille 13 – Toxicodépendance et autres addictions*. [https://www.cms-vaud.ch/app/uploads/grille\\_13\\_toxico\\_de%CC%81pendance\\_2025.pdf](https://www.cms-vaud.ch/app/uploads/grille_13_toxico_de%CC%81pendance_2025.pdf)
- Bachmann N. (2014). *Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé*. (Obsan, Bulletin 1/2014). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2014-les-ressources-sociales-facteur-protecteur-pour-la-sante>
- Bachmann. N. (2020). *Ressources sociales : La promotion des ressources sociales, une contribution importante à la santé psychique et à une qualité de vie élevée*. Promotion santé Suisse. [https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-01/Brochure\\_PSCH\\_2020-06 - Ressources sociales.pdf](https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-01/Brochure_PSCH_2020-06_-_Ressources_sociales.pdf)
- Bachmann, N. (2014). *Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé*. Observatoire Suisse de la Santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/les-ressources-sociales-facteur-protecteur-pour-la-sante>
- Ciobanu, I., Di Patrizio, P., Baumann, C., Schwan, R., Vlamynck, G., Bédès, A., Clerc-Urmès, I., Viennet, S., & Bourion-Bédès, S. (2020). Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychol Health Med*, 2, 179-189. Doi: 10.1080/13548506.2019.1679847
- Čtvrtečková, M., Stromšíková, A., Roman, L. (2023). *Role of peer support in building motivation to change addictive behaviour*. *The British Journal of Social Work*, 54, 687–703. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad236>
- Dennis, M. L., Foss, M. A., Scott, C. K. (2007). An eight-year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*, 31(6), DOI : [10.1177/0193841X07307771](https://doi.org/10.1177/0193841X07307771)
- Ebert, S., Peytremann-Bridevaux, I., Senn, N. (2015). *Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse*. Observatoire Suisse de la

Santé (Obsan). <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2015-les-programmes-de-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-et-de-la-multimorbidite>

Elison, S. N., Jones, A., Ward, J., Davies, G., & Dugdale, S. (2017). Examining effectiveness of tailorable computer-assisted therapy programmes for substance misuse : 017). Examining effectiveness of tailorable computer-assisted therapy programmes for substance misuse: Programme usage and clinical outcomes data from Breaking Free Online. *Addictive Behaviors*, 74, 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.028>

Ferrari, P., Jacquard, N., Bertusi, M., Bujold-Fournier, V., Casanova, M., & Guido, G. (2023). Vécu et besoins des proches aidant·e·s en santé mentale et dans le champ des addictions. *Dépendances*, 77, 19–22. <https://grea.ch/article-revue/5-vecu-et-besoins-des-proches-aidant%C2%B7e%C2%B7s-en-sante-mentale-et-dans-le-champ-des-addictions/>

Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J., Fernández-Valenciano, M. R. (2015). Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug-Dependent Patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5), 409–416. DOI : 10.1080/02791072.2015.1102991

Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (n.d.). *Addictions : effets sur la santé et la sécurité*. <https://www.inrs.fr/risques/addictions/effets-sante.html>

Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243–256. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.014>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.

Martinelli, T.F., Van de Mheen, D., Best, D., Vanderplasschen, W., Nagelhout G.E. (2020). Are members of mutual aid groups better equipped for addiction recovery? European cross-sectional study into recovery capital, social networks, and commitment to sobriety. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28, 389-398. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1844638>

Martinelli, T. F., Roeg, D. P. K., Bellaert, L., Van de Mheen, D., Nagelhout, G. E. (2023). Understanding the Process of Drug Addiction Recovery Through First-Hand Experiences: A qualitative Study in the Netherlands Using Lifeline Interviews. *Qualitative Health Research*, 27(5), 373–381. DOI : 10.1177/10497323231174161

- Medlock, M. M., Rosmarin, D. H., Connery, H. S., Griffin, M. L., Weiss, R. D., Sterling, L., Karakula, BS., McHugh, R. K. (2017). Religious coping in patients with severe substance use disorders receiving inpatient treatment detoxification. *The American Journal on Addictions*, 26(7), 744–749. DOI: [10.1111/ajad.12606](https://doi.org/10.1111/ajad.12606)
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., Cheraghi-Sohi, S. (2014). *PICO, PICOS and SPIDER : a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews*. *BMC Health Services Research*, 14, 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Observatoire suisse de la santé. (2024). *Décès dus à la drogue*. Système de monitoring des Addictions et de Maladies non transmissibles. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/deces-dus-a-la-drogue>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2015). *Stratégie Nationale Addictions 2017–2024*. <https://www.grea.ch/sites/default/files/strategie-addictions1.pdf>
- Office fédéral de la santé publique. (2020). *Les addictions génèrent chaque année 7,7 milliards de francs de coûts sociaux*. Confédération Suisse. <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=80553>
- Office fédéral de la santé publique. (2024). *Promotion de l'autogestion lors de maladies non transmissibles, d'addictions et de maladies psychiques*. <https://www.bag.admin.ch/fr/soutien-a-lautogestion-lors-de-maladies-non-transmissibles-daddictions-et-de-maladies-psychiques>
- Office fédéral de la santé publique. (2025). *Stratégie Nationale Prévention des maladies non transmissibles*. Confédération Suisse. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/63a0b6d6-1ea4-434f-8baf-00e2b4227150.pdf>
- Office fédéral de la santé publique. (2022). *Compétences en matière d'autogestion*. Confédération Suisse. [https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/selbstmanagement-kompetenzen.pdf?\\_gl=1\\*1uc5y04\\*\\_gcl\\_au\\*ODq3ODc1MTc3LjE3NTI0MTU3NDU](https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/selbstmanagement-kompetenzen.pdf?_gl=1*1uc5y04*_gcl_au*ODq3ODc1MTc3LjE3NTI0MTU3NDU)
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *Substance use Atlas*. <https://applications.emro.who.int/docs/9789292740764-eng.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Le Directeur général de l'OMS plaide pour une approche de santé publique du problème mondial de la drogue.*  
<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-un-on-the-world-drug-problem>

Psychologue.net. (2021). *Types de drogues et leurs effets : Quels sont les risques physiques et psychologiques de ces substances ?*  
<https://www.psychologue.net/articles/types-de-drogues-et-leurs-effets-quels-sont-les-risques-physiques-et-psychologiques-de-ces-substances>

Riegel, B., Westland, H., Iovino, P., Barelds, I., Bruins Slot, J., Stawnychy, M. A., Osokpo, O., Tarbi, E., Trappenburg, J., Vellone, E., Strömberg, A., Jaarsma, P. (2020). Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103713.  
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103713

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204.  
<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS. Advances in nursing science*, 42(3), 206–215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>

Riegel, B., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Freedland, K. E., Lee, C. S., Middleton, S., Strömberg, A., Vellone, E., Webber, D. E., & Jaarsma, T. (2021). Self-care research: Where are we now? Where are we going?. *International journal of nursing studies*, 116, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>

Rognli, E. W., Bramness, J. G., & Bjorngaard, J. H. (2022). *Changes in health-related quality of life among people with substance use disorder: A longitudinal study.* Health and Quality of Life Outcomes, 20, Article 96. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01935-9>

Runyan, J. D., Vermilya, S., St Pierre, M., Brooks, N. W., Fowler, A., & Brewer, T. (2024). A mixed methods experience sampling study of a posttraumatic growth model for addiction recovery. *Scientific reports*, 14(1), 3511. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53740-7>

- Setiawan, A., Sahar, J., Santoso, B., Mansyur, M., & Syamsir, S. B. (2024). Coping Mechanisms Utilized by Individuals With Drug Addiction in Overcoming Challenges During the Recovery Process: A Qualitative Meta-synthesis. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 57(3), 197–211. <https://doi.org/10.3961/jpmpmh.24.042>
- Simirea, M., Baumann, C., Bisch, M., Rousseau, H., Di Patrizio, P., Viennet, S., Bourion-Bédès, S. (2022). Health-related quality of life in outpatients with substance use disorder: evolution over time and associated factors. *Health Qual Life Outcomes* 20, 26. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01935-9>
- Stea, J. N., Yakovenko, I., & Hodgins, D. C. (2015). Recovery from cannabis use disorders: Abstinence versus moderation and treatment-assisted recovery versus natural recovery. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(3), 522–531. <https://doi.org/10.1037/adb0000097>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery*. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf>
- Turpin, A., & Shier, M. L. (2017). Supporting Intrapersonal Development in Substance Use Disorder Programs: A Conceptual Framework for Client Assessment. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 131–146. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1302860>
- Vanderplasschen, W., & Best, D. (2021). Mechanisms and mediators of addiction recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 385–388. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1982521>
- Vigdal, M. I., Moltu, C., Bjornestad, J., & Selseng, L. B. (2022). Social recovery in substance use disorder: A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and alcohol review*, 41(4), 974–987. <https://doi.org/10.1111/dar.13434>

## Annexes

### Annexe I : Equations de recherches finales

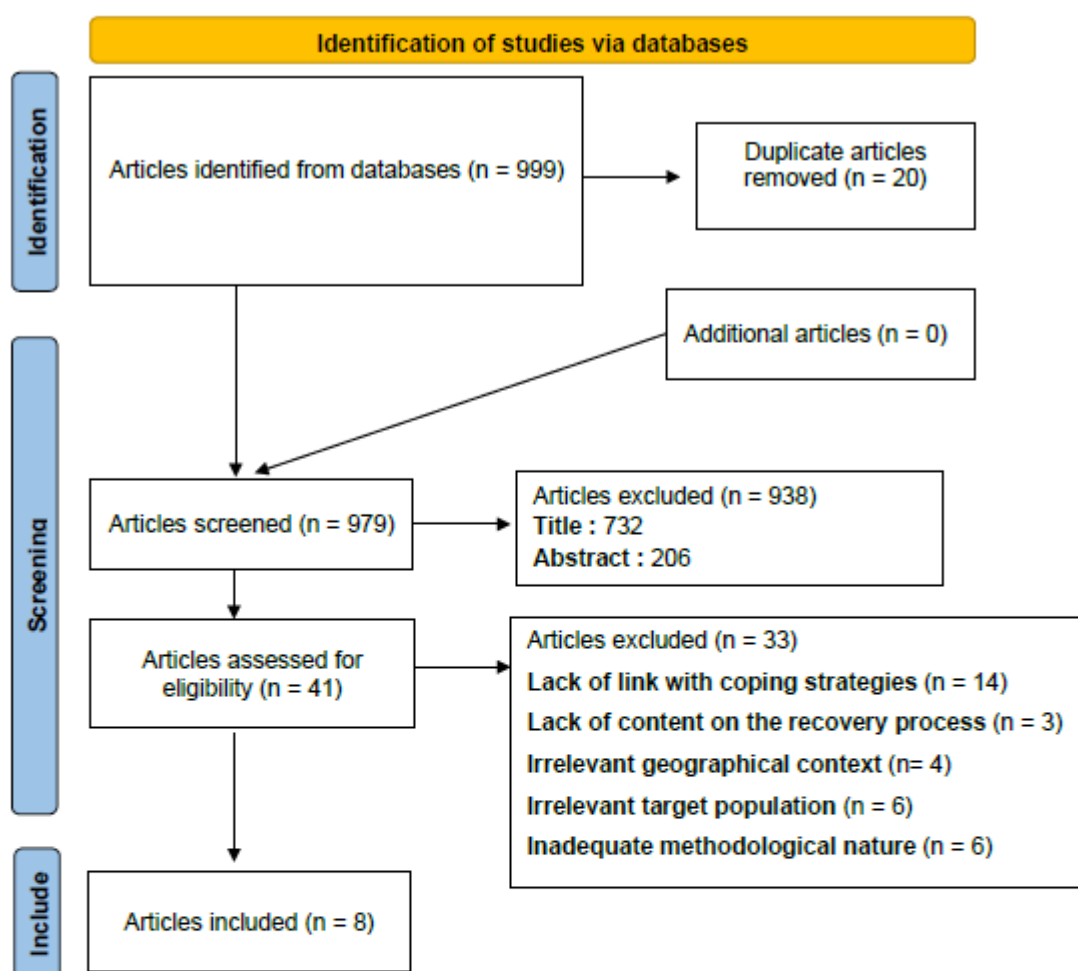
#### **PubMed :**

("Substance-Related Disorders"[Majr] OR "Substance-Related Disorder"[ti] OR "Drug Users"[Majr] OR "Drug addict"[ti] OR "Drug Dependence"[ti] OR "toxicoman"[ti] OR "addiction"[ti] OR "addictive behavior"[ti] OR "Substance Abuse Treatment Centers"[Majr] OR "Substance Abuse Treatment Centers"[ti]) AND ("adaptation, psychological" [Majr] OR "psychological adaptation"[tiab] OR "self-management"[Majr] OR "self-management"[tiab] OR "selfmanagement"[tiab] OR "self-care"[Majr] OR "self-care"[tiab] OR "selfcare"[tiab] OR "Coping Skills"[Majr] OR "Coping"[tiab] OR "Coping skill"[tiab] OR "skill coping"[tiab] OR "skills coping"[tiab] OR "Coping mechanism"[tiab] OR "Coping behavior"[tiab] OR "Behavioral Coping "[tiab] OR "Behavioural Coping"[tiab] OR "Behavior Coping"[tiab] OR "Behaviour Coping"[tiab] OR "Behavioral Control"[tiab] OR "Behavioural Control"[tiab] OR "Behavioral Strategy"[tiab] OR "Behavioural Strategy"[tiab] OR "Coping strategy"[tiab] OR "Coping ability"[tiab] OR "coping with stress"[tiab] OR "active coping"[tiab] OR "skills training"[tiab] OR "self-monitoring"[tiab] OR "selfmonitoring"[tiab] OR "selfmaintenance"[tiab] OR "self-maintenance"[tiab] OR "symptom management"[tiab] OR "disease management"[tiab] OR "self-efficacy"[tiab] OR "selfefficacy"[tiab]) AND ("Mental Health recovery" [Majr] OR "recover"[tiab])

#### **CINAHL :**

(TI "substance dependence" OR AB "substance dependence" OR TI "drug\* addict" OR "drug\* addict" OR TI "drug\* dependence" OR "drug\* dependence") AND (MH "Self-Management" OR MH "Self Care" OR MH "Adaptation, Psychological" OR "self-monitoring" OR "self-maintenance" OR (symptom\* N3 management) OR "disease management" OR "self-efficacy" OR "Coping skill" OR "Coping mechanism" OR "Coping behavior" OR "Coping strategy" OR "Coping ability" OR "Coping with stress" OR "active coping" OR "Mental health Recovery" OR TI recover\* OR AB recover\* OR TI "Psychological Well-Being" OR TI "Quality of Life" OR AB "Psychological Well-Being" OR AB "Quality of Life")

## Annexe II : Diagramme de flux (PrismaFlowchart)



Adaptation libre de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



Annexe III : Tableau de revue de littérature

Auteurs	Année	Objectifs	Devis de recherche	Population cible	Résultats
Jonathan N. Stea, Igor Yakovenko, and David C. Hodgins	2015	1. Pouvoir effectuer un portrait qui explore le processus de rétablissement des personnes dépendantes au cannabis en comparant les personnes qui se sont rétablissent naturellement de celles qui ont eu besoin d'un traitement. 2. Explorer les similarités et les différences entre l'absitence et le rétablissement.	Etude mixte transversale comparative et exploratoire	Des adultes ayant souffert d'un trouble lié à l'usage du cannabis, 119 participants qui ont eu un diagnostic de trouble lié au cannabis par le passé et ils doivent être en phase de rétablissement.	1. Les résultats totaux ont montrés que la population cible a été en rétablissement en moyenne depuis 5 ans. 2. Il sont commencé a consommer du cannabis vers l'âge de 14.7 ans. 3. Ils ont reporter avoir une consommation très basse de cannabis. 4. La variable des comorbidités a indiqué une consommation d'alcool (79.8%), un trouble de l'usage des substances (53.1%) et une dépression majeure (83.1%).
Jorge Giménez-Meseguer, Juan Tortosa-Martínez & María de los Remedios Fernández-Valenciano	2015	1. Evaluer la qualité de vie via les changements des patients toxicodépendants après la participation au programme d'exercices de groupe. 2. Evaluer les bénéfices d'un programme d'exercice physique structuré sur la qualité de vie globale de patients dépendants, à l'aide de méthodes mixtes. 3. Offrir une approche hollistique en combinant des données objectives et les perceptions subjectives des participants.	Devis mixte à dominance quantitative quasi-expérimental avec un groupe de contrôle non randomisé, combiné à une approche qualitative descriptive	40 personnes toxicodépendantes qui rentrent dans les critères du DSM-V ont été recrtutée depuis un programme intensif de drogues. Les drogues incluent sont le canabis, l'alcool, la cocaïne, l'héroïne, les poly-consommations et la cocaïne combinée à l'alcool. Le tri final des personnes est de 37 participants d'un âge moyen de 37.89 ans.	1. Au début, il n'y avait pas de différences entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle. Les personnes dans le groupe expérimental ont beaucoup évolués. 2. Les participants des 2 groupes ont remarqués des bénéfices au niveau physique, psychologique, social et au niveau des envies de consommation.
Michael L. Dennis Mark A. Foss Christy K. Scott	2007	1. Examiner la relation entre la durée de l'abstinence et d'autres aspects du rétablissement. 2. Etudier les effets à long terme la durée de l'abstience (jusqu'à 8 ans) sur divers aspects de la récupération : santé, <i>coping</i> , logement, soutien social/spirituel, emploi, activité illégale. 3. Evaluer si une abstience prolongée augmente les chances de maintenir la sobriété l'année suivante.	C'est une étude longitudinale observationnelle sur 8 ans	1'326 adultes ont été recrutés entre 1996 et 1998 qui proviennent de 22 programmes de traitement de la toxicomanie. . Parmi les 1’162 participants ayant participé à l'entretien de huit ans, seul les 501 abstinents depuis une période d’au moins un mois ont été intégrés. Les participants doivent résider dans la ville de Chicago ou être sans abri. Il doivent reporter un consommation d'alcool ou de drogues durant les 6 derniers mois. Il doivent être présents à au moins 1 des programme de traitement dans l'étude et être âgée de 18 ans au moins.	Plus la durée d'abstinence est longue, plus la santé mentale et physique s'améliore, plus l'utilisation de stratégies de <i>coping</i> d'évitement diminue (comme l'évitement cognitif, le déversement émotionnel), plus l'emploi, les revenus, le logement stable, le soutien social/spirituel augmentent et les activités illégales, l'incarcération, les problèmes financiers diminuent. L'abstinence de moins d'1 ans augmente significativement la probabilité de maintenir la sobriété l'années suivante.
Jason D. Runyan, Silas Vermilya, Megan St. Pierre, Nathan W. Brooks, Avery Fowler & Tia Brewer	2024	Utiliser le modèle du rétablissement du stress postraumatic pour le rétablissement des dépendances, axé sur les relations proches et la force personnelle (2 domaines du modèle du stress postraumatic).	Méthodologie mixte. Etude initiale quantitative. Experience sampling methode (ESM) méthode mixte. Ecological momentary intervention (EMI) intervention expérimentale.	Etude principale ESM: 44 adultes (18 ans et plus) engagés dans un programme de traitement résidentiel pour troubles liés à l'usage de substances en 12 étapes.Age moyen 37 ans. 59% hommes et 36% femmes. Étude expérimentale EMI qui vise les étudiants universitaires N=56 étudiants recrutés dans des cours de formation générale à Indiana Wesleyan University.	Etude 1: Le soutien social perçu est associé à moins de rechutes. L’impulsivité prédit positivement le nombre de rechutes. Faible impulsivité associée à un haut soutien social résulte en un meilleur maintien de l’abstinence Étude 2: Une augmentation du soutien social perçu à un moment donné est associée à une hausse du sentiment de force personnelle (auto-efficacité). Une plus grande force personnelle résulte en une impulsivité réduite. Les affects positifs sont associés à un meilleur autocontrôle momentané. Étude 3 : Réflexion sur 3 personnes importantes dans la vie du participant : augmentation significative du soutien social perçu, réduction de l’impulsivité d’état et une amélioration de la régulation de soi.

Annexe III : Tableau de revue de littérature

Auteurs	Année	Objectifs	Devis de recherche	Population cible	Résultats
Thomas F. Martinelli, Dike van de Mheen, David Best, Wouter Vanderplasschen & Gera E. Nagelhout	2020	L'objectif de cette étude transversale est d'examiner la relation entre l'adhésion à divers groupes d'entraide et le capital de rétablissement, la participation aux réseaux sociaux et l'engagement envers la sobriété chez des personnes en rétablissement d'une dépendance aux drogues.	Etude quantitative transversale.	Recrutement à l'aide d'une brève enquête Life in Recovery au Royaume-Uni N=118, aux Pays-Bas N= 136, en Belgique N=113. Adulte en rétablissement depuis au moins trois mois ou ayant arrêté ou réduit sa consommation problématique de drogues depuis au moins trois mois. Age moyen 36 ans, 56% hommes, 43% femems.	Les participants ayant appartenu à un groupe d’entraide ont obtenu des scores significativement plus élevés sur l’échelle SURE (capital de rétablissement) que les autres. Les personnes actuellement engagées dans un groupe d’entraide avaient de meilleurs résultats que celles ayant simplement participé par le passé. Aucune différence significative n’a été trouvée entre les participants de groupes Twelve Step et ceux de groupes non-Twelve Step. Les participants engagés dans un groupe avaient en moyenne une durée d’abstinence plus longue.
Aaron Turpin & Micheal L. Shier	2017	Identifier un cadre général lié au développement de compétences intrapersonnel dans les cas de toxicomanie.	Approche qualitative (interview individuelles). Exploratoire	Adultes (18 et plus) ayant un trouble lié à l'usage de substances en traitement actif dans des programmes résidentiels. Recrutés dans 3 centres de traitements aux Etats-Unis. N=41 personnes interviewés, tous engagés dans un processus de rétablissement. 76% hommes .	L'étude met en évidence 5 dimensions clés du développement intrapersonnel que les personnes en traitement estiment avoir renforcés au cours de leur rétablissement: conscience de soi, capacité d'adaptation, estime de soi, perspectives personnelles, autodétermination.
Iulia Ciobanu , Paolo Di Patrizioa , Cédric Baumannb,c, Raymund Schwana , Guillaume Vlamyncka , Alex Bédèsd , Isabelle Clerc-Urmèsb , Sarah Vienneta and Stéphanie Bourion-Bédès	2020	1. Examiner les stratégies de <i>coping</i> chez des patients dépendants à l’alcool ou aux opioïdes. 2. Explorer les liens entre <i>coping</i> , anxiété, dépression et qualité de vie. 3. Identifier les facteurs sociodémographiques et cliniques influençant ces relations.	Analyse transversale d’une Etude de cohorte prospective	Au total 244 paients âgée de plus de 18 ans qui sont diagnostiqué par le DSM-5 d’une dépendance à l’alcool et aux opioïdes ou les deux. Ils ont été recrutés par des cliniciens certifiés en addictologie venant de 4 centres spécialisés en addictologie dans le Centre et l'Est de la France.	Stratégies de <i>coping</i> dominantes : acceptation, planification, auto-culpabilisation. Les <i>coping</i> positifs sont associés à une meilleure santé mentale. Les stratégie de <i>coping</i> les moins utilisées sont l'humour et la religion. Auto-culpabilisation et consommation de substances sont liées à plus de symptômes anxieux et dépressifs. Acceptation, revalorisation positive, humour et <i>coping</i> actif sont inversement corrélé à l'anxiété et la dépression. Les patients ne souffrants pas de dépression, pas d'anciété et ni de comorbidités psychiatriques ont des meilleurs scores que ceux qui en souffrent.
Elison, S. N., Jones, A., Ward, J., Davies, G., & Dugdale, S.	2017	Présenter les résultats de l’exploration des mécanismes d’action selon les conseils sur mesure au sein du programme BFO et les résultats de stratégies d’intervention spécifiques.	Etude quantitatif expérimental	La population visée est : personnes traitées pour trouble de l’usage de substances en Ecosse, au Pays de Galles et en Angleterre. L’échantillon : N= 2311, recrutées dans différents contextes ; 1973 dans des services communautaires spécialisés dans le traitement des addictions, 53 dans des centres de désintoxication pour patients hospitalisés, 165 dans des prisons, 120 dans des services communautaires de santé mentale	Les résultats ont montré une baisse significative des difficultés biopsychosociale, de la dépression, de l'anxiété, de la dépendance à l'alcool et à la drogue. Des augmentations sifnificatives de la qualité de vie ont été identifiés. Plus les participants complétaient de modules du programme plus les améliorations cliniques étaient importantes. Les stratégies cognitives ont été associées à de plus fortes améliorations en santé mentale, qualité de vie et réduction de la sévérité de la dépendance.

## Annexe IV : Grilles de lectures

### Ciobanu et al. (2020) Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Oui, le <b>P</b> = patients ambulatoires avec une dépendance aux substances, le <b>I</b> = la relation entre les stratégies de coping et le <b>O</b> = l'anxiété, la dépression et la qualité de vie en termes de santé.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	<p>Oui, ils sont tous présents, <b>problème</b> : Examiner les stratégies de coping chez des patients dépendants. Explorer les liens entre coping, anxiété, dépression et qualité de vie. Identifier les facteurs sociodémographiques et cliniques influençant ces relations.</p> <p><b>Méthode</b> : les stratégies de coping ont été évaluées dans une cohorte prospective avec le brief COPE, des questionnaires et des données ont été récoltés concernant l'anxiété, la dépression, les données sociodémographiques et cliniques. Un total de 244 patients a été inclus dans l'étude. Le design de l'étude est précisé, c'est une étude de cohorte prospective. <b>Résultats</b> : l'acceptation, la planification et l'auto-culpabilisation étaient les stratégies de coping les plus utilisées. Des fortes corrélations ont été trouvées entre l'anxiété, la dépression, les stratégies de coping et la qualité de vie. Cependant, Il manque une partie des résultats concernant la qualité de vie en termes de santé mentale et de santé physique. <b>Discussion</b> : Les stratégies d'adaptation des patients ambulatoires souffrant de dépendance à une substance doivent être évaluées, car elles peuvent être utiles pour identifier les patients nécessitant un soutien. De plus, les interventions améliorant les capacités d'adaptation pourraient contribuer à améliorer la qualité de vie liée à la santé.</p>
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> </ul>	1. Oui, le problème/sujet à l'étude sont les stratégies de coping dans le but d'améliorer la qualité de vie et prévenir les rechutes chez les patients en ambulatoire.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	2. Oui, les auteurs se basent sur des recherches et des articles d'autres auteurs. 3. Oui, elle a une signification pour le traitement et la prévention de la rechute dans les addictions quelle que soit la discipline professionnelle afin de limiter les risques et renforcer le capital santé.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	1. Oui. 2. Oui, l'article fournit une recension rigoureuse et systématique de l'état des connaissances. Cette recension met également les lacunes actuelles en évidence, ce qui justifie cette recherche. 3. Oui, la recension s'appuie sur des études primaires, ils font références à d'autres auteurs et articles primaires.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> <li>L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	1. Les concepts sont définis sur le plan conceptuel comme le coping et divers types (adaptatif et non adaptatif) et ils les mettent en lien avec la population cible, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. 2. Non le cadre de référence théorique n'est pas explicité, mais c'est la théorie du coping et de gestion du stress de Lazarus & Folkman. 3. Non, mais c'est récurrent dans les articles quantitatifs généralement, cela n'influence pas la méthode d'analyse.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	1. Oui, Quels sont les styles de coping utilisés par les patients en ambulatoire qui débutent un traitement en lien avec une dépendance à l'alcool ou aux opioïdes ? Comment les stratégies de coping utilisées sont reliées à la qualité de vie liée à la santé ? Comment déterminer l'impact démographique et clinique des facteurs qui influencent ses stratégies ? <b>Les variables :</b> diverses stratégies de coping, qualité de vie, sociodémographiques et cliniques, personnes qui débutent un traitement ambulatoire sont présentes. <b>Hypothèse :</b> L'hypothèse des auteurs est que les facteurs sociodémographiques, la dépression, une anxiété accrue ainsi que des stratégies de coping mal adaptées seraient associé avec une qualité de vie liée à la santé plus mauvaise. 2. Oui, on s'intéresse à l'influence du coup on regarde les associations. 3. Il n'y pas de cadre de référence dans cet article, mais oui les concepts sont définis.
<b>MÉTHODE</b>		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> </ul>	1. L'étude a été approuvée par le comité National Informatique et Liberté de France et assure la confidentialité des informations collectées.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>2. Non, les auteurs ne le mentionnent pas. Cependant nous pouvons nous demander si les auto-évaluations de l'état de santé auraient pu perturber les participants qui se retrouvent confrontés à de mauvais résultats, et donc éventuellement les stresser. Comme ce sont des données auto-rapportées, ils ne vont pas apprendre des informations catastrophiques concernant leur santé.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ?</li> <li>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, population doit être âgée de plus de 18 ans et les patients doivent être diagnostiqués par le DSM-5 d'une dépendance à l'alcool ou aux opioïdes ou les deux. Les critères d'exclusion : incapacité de compléter les questionnaires à cause d'analphabétisme ou de la barrière de la langue. <b>Échantillon</b> : Ils sont assez détaillés, CF bas de p. 182 et début de p.183.</p> <p>2. Oui, c'est un échantillon de convenance, ils ont été recrutés par des cliniciens certifiés en addictologie ambulatoire venant de 4 centres d'addictologie en France.</p> <p>3. On n'a pas d'information à ce sujet, elle n'a pas été calculée ni justifiée sur la base statistique. Etant un échantillon de convenance et une étude descriptive et exploratoire cela n'est pas nécessaire.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> <li>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> <li>Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> <li>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	<p>1. C'est une analyse transversale d'une Etude de cohorte prospective. Oui il permet d'atteindre le but de l'étude.</p> <p>2. Oui</p> <p>3. Ce n'est pas une étude expérimentale dans cet article. La manière de faire l'analyse et de récolter les données est cohérente.</p> <p>4. Oui, CF partie Résumé de la grille.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> </ul>	<p>1. Oui Cf réponse partie problématique.</p> <p>2. Oui, chaque instrument de mesure est décrit pour les variables identifiées. Pour les variables de coping, ils ont utilisé l'inventaire BRIEF COPE de Carver, Scheier, &amp; Weintraub (1989) qui inclus 28 éléments et 14 échelles qui évaluent diverses dimensions du coping. Pour la qualité de vie liée à la santé, ils ont utilisé un court formulaire de 12 questions de (Gandek et al (1998), SF-12 avec un score pour la santé somatique (PCS) et un pour la santé psychique (MCS). Pour l'anxiété et la dépression, ils ont utilisé the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</li> </ul>	<p>3. Oui, les instruments de mesure existaient déjà pour toutes les variables et les auteurs indiquent si les instruments sont créés ou importés.</p> <p>4. Pour le coping oui, pour la qualité de vie oui et pour l'anxiété et la dépression oui. Les échelles sont fidèles et validées.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> <li>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> <li>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	<p>1. Oui, nous avons les informations nécessaires, les données sociodémographiques et cliniques ont été collectées par les cliniciens qui ont trouvé les informations dans les dossiers des patients. Les autres ont été effectuées après le tri des participants au moment de l'inclusion.</p> <p>2. Partiellement, car il y a des auto-questionnaires ce qui peut biaiser le résultat final (mauvaise réponse, rapport d'information). Cependant ce biais est présent dans tout l'échantillon donc réparti de manière égale. Il y a également des biais de volontariat. L'autre partie des informations a été récoltée par les cliniciens. C'est retenu comme limite dans l'article.</p> <p>3. Non, ce n'est pas une étude interventionnelle.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	<p>1. Oui Ce type de méthode est de corrélation/relation, ce qui permet de voir le lien entre une variable et une autre. Ils ont utilisé Le Pearson test de corrélation pour analyser le lien entre les données du coping et la qualité de vie. Les modèles de régressions linéaires ont été utilisés pour déterminer quelles variables étaient associées avec la qualité de vie liée à la santé. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS 9.4</p> <p>2. Oui, les méthodes d'analyses sont adaptées en fonction du verbe utilisé pour les objectifs établis.</p> <p>3. Oui ils sont pris en considération (l'âge, le genre et le type de dépendance ont été gardés dans chaque modèle statistique) car ils étaient susceptibles d'influencer les résultats et les auteurs sont allés tester cela (= facteurs confondants).</p>
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> <li>Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> <li>Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, il y a la présence de tableaux mais pas de figures. Dans notre travail, nous nous concentrons uniquement sur les personnes dépendantes aux opiacés. Dans le tableau 3 les résultats regroupent les patients ayant une dépendance à l'alcool et aux opioïdes.</p> <p>2. Tableau 1 : les caractéristiques des participants. Tableau 2 : Etat de santé auto-déclaré des patients. Tableau 3 : Corrélations entre coping et l'état de santé auto-rapporté. Tableau 4 : Facteurs associés avec la qualité de vie liée à la santé dans les composantes mentales et physiques.</p>



		3. Oui, la significativité statistique est indiquée avec une p-valeur en dessous de 0.5.
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>• Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>• L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>• Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>• Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>• Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>• L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1. Pour chaque hypothèse les résultats permettent de dire si c'est infirmé ou confirmé. CF bas de page 185. Dans cet article, les résultats et la manière (verbes utilisés) d'y répondre est adéquate avec l'objectif et le desgin en fonction du cadre de recherche.</p> <p>2. Oui, les résultats sont discutés au regard d'autres études.</p> <p>3. Oui, les auteurs ont bien respecté les limites des résultats et ne semblent pas avoir surinterprété leurs analyses. Les conclusions tirées sont directement appuyées par les données présentées dans l'article.</p> <p>4. Oui, les auteurs nous disent qu'ils ont utilisés des auto-questionnaires dont l'impact peut être considérablement influencé par la volonté des patients de s'exprimer ouvertement. L'échantillon pourrait ne pas être totalement représentatif des patients qui commencent un traitement, car 12 patients éligibles ont refusé de participer. Tous les patients ont été recrutés par l'intermédiaire de services de traitement spécialisés, l'échantillon ne peut pas être considéré comme représentatif des patients souffrant de dépendance à l'alcool ou aux opioïdes. D'autres études longitudinales sont nécessaires afin de déterminer si les styles de coping sont persistants ou flexibles.</p> <p>5. Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats qui montrent une forte association entre anxiété, dépression, qualité de vie et stratégies de coping chez les personnes dépendantes.</p> <p>6. Oui, l'utilisation de stratégies centrées sur les problèmes et l'évitement de l'auto-culpabilisation pourraient améliorer la qualité de vie. Ces conclusions suggèrent que des interventions psychologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, peuvent favoriser des stratégies de coping positives.</p> <p>7. Oui, les auteurs nous disent que de plus amples études sont nécessaires et que ces résultats sont importants pour les professionnels travaillant en milieu clinique.</p>

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

## Annexe IV : Grilles de lectures

### Dennis et al. (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
<b>TITRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Non, la population n'est pas présente explicitement dans le titre. <b>I</b> = Perspective sur 8 ans. <b>O</b> = la relation entre la durée de l'abstinence et d'autres aspects du rétablissement.
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	<p>Partiellement. <b>Le problème</b> : n'est pas décrit, mais uniquement les objectifs qui sont : 1. la relation entre la durée de l'abstinence (1 mois à 5 ans ou plus) et d'autres aspects du rétablissement (santé mentale, santé physique, le coping...) en incluant la tendance et à quel stade cela change, et 2. comment la durée de l'abstinence à un certain point donné prédit le maintien de l'abstinence les années suivantes.</p> <p><b>La méthode</b> est partiellement décrite, on sait que l'étude s'étend sur 8 ans et on connaît les variables d'intérêt.</p> <p><b>Résultats</b> : Il y a une phrase sur les résultats qui démontrent la richesse du chemin du changement associé avec le cursus du rétablissement à long terme.</p> <p><b>Discussion</b> : est absente.</p>
<b>INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE</b>		



Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> <li>• Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>• Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les auteurs partent du constat que les troubles liés à l'usage de substances sont de plus en plus reconnus comme des affections chroniques et récidivantes, qui peuvent s'étendre sur plusieurs décennies et nécessiter plusieurs épisodes de traitement ou de soutien. Environ 60% des personnes ayant eu un trouble lié à l'usage de substances parviennent finalement à une abstinence soutenue. Les auteurs veulent comprendre le rétablissement pas seulement en lien avec l'abstinence mais les améliorations en lien avec la santé, la santé mentale, le coping, le logement, le soutien social et spirituel, l'activité illégale et l'engagement professionnel.</p>

		<p>2. Oui, l'introduction cite de nombreuses études pour appuyer le caractère chronique et récurrent des troubles liés à l'usage de substances et la nécessité de comprendre les facteurs de rétablissement à long terme.</p> <p>3. Oui, cela a une signification pour la discipline dans le domaine des addictions, cela permet de comprendre comment la durée d'abstinence influence le rétablissement ce qui est essentiel pour améliorer les interventions en addictologie et soutenir les patients à long terme.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>• La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>• La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les auteurs citent beaucoup d'études tout au long de l'introduction.</p> <p>2. Oui, elle met en évidence les lacunes des recherches antérieures et justifie la pertinence de cette étude longitudinale.</p> <p>3. Les références sont issues de publications scientifiques et d'études primaires (ex. : Hser, Dennis, Moos, Laudet...).</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>• Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> <li>• L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	<p>1. Oui, l'article explique plusieurs concepts comme le rétablissement, le capital de rétablissement, l'abstinence ou encore les styles de coping.</p> <p>2. Oui, L'étude utilise la perspective du parcours de vie (Elder 1985) comme cadre pour guider l'analyse. Il est utilisé pour examiner les changements dans le temps après un point de bascule (ici l'abstinence) et leur impact sur les différentes sphères du rétablissement.</p> <p>3. Non, il n'y pas de cadre de recherche, ce qui est souvent le cas dans les études quantitatives.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>• Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>• Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	<p>1. Oui, <b>les questions de recherches</b> : 1. Comment est-ce que la santé physique, la santé mentale et le coping varient en fonction de la durée de l'abstinence ? 2. Comment est-ce que les revenus de l'activité illégale, l'incarcération, l'emploi et le revenu familial varient selon la durée de l'abstinence ? 3. Comment est-ce que l'environnement, les amis sobres, l'auto-efficacité face à la rechute et les soutiens social et spirituel jouent un rôle dans la durée de l'abstinence ? 4. Comment est-ce que la probabilité de maintenir l'abstinence une année supplémentaire varie-t-elle selon la durée de l'abstinence ? <b>Hypothèses</b> : Les hypothèses sont présentes de manière implicite 1. la durée de l'abstinence est associée à l'amélioration de la santé et du coping ; 2. la durée de l'abstinence est associée à une diminution des crimes et une augmentation de l'emploi et des revenus ; 3. la durée de l'abstinence est associée à la réduction des problèmes de logement et des risques environnementaux ainsi qu'une amélioration du soutien social et spirituel. <b>Les variables</b></p>

		<p>comme le rétablissement, le capital de rétablissement, l'abstinence ou encore les styles de coping sont présents.</p> <p>2. Oui, elles reprennent exactement les thèmes identifiés dans la problématique et la littérature.</p> <p>3. Oui</p>
<b>MÉTHODE</b>		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> <li>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>1. Oui, le consentement éclairé et volontaire à la participation a été sollicité sous la supervision du comité d'examen institutionnel de l'État et de Chestnut qui joue vraisemblablement le rôle de commission éthique, mais ce n'est pas précisé.</p> <p>2. Partiellement, il n'y a pas d'intervention expérimentale directe, seulement des suivis par entretien et test urinaire. Un entretien pourrait raviver des moments difficiles pour les participants et faire subvenir des symptômes de stress ou de stress post-traumatique. Il y a également un risque en lien avec les analyses urinaires afin d'évaluer la présence d'un risque vital engendré au niveau des reins, ce qui peut dissuader des participants à les effectuer (3% ont refusés).</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ?</li> <li>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, 1'326 adultes ont été recrutés entre 1996 et 1998 qui proviennent de 22 programmes de traitement de la toxicomanie dans divers contextes. Les participants doivent résider dans la ville de Chicago ou être sans abri. Ils doivent reporter une consommation d'alcool ou de drogues durant les 6 derniers mois. Ils doivent être présents à au moins 1 des programmes de traitement dans l'étude et être âgée de 18 ans au moins. Critère d'exclusion : Les personnes qui cherchaient un traitement à la suite d'une condamnation pour conduite sous influence de niveau 2 ou supérieur ont également été exclues, car leurs décisions de placement en traitement étaient généralement prises en dehors du système de traitement étudié. L'échantillon final inclut 501 patients. Echantillon : Décrit au bas de la page 589 et au haut de la page 590 et à la page 591.</p> <p>2. Oui, recrutement consécutif à l'admission dans les programmes d'addictologie, mais on ne sait pas si ce sont les cliniciens qui les ont référés aux chercheurs ou si c'est l'inverse.</p> <p>3. On n'a pas d'information à ce sujet, elle n'a pas été calculée ni justifiée sur la base statistique, mais c'est normal, il s'agit d'une étude de cohorte qui porte donc sur un échantillon de convenance et il n'y a pas d'intervention avec mesure d'efficacité.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> </ul>	<p>1. C'est une étude observationnelle longitudinale sur 8 ans. Oui, le suivi prolongé permet de mesurer les effets de la durée d'abstinence sur plusieurs dimensions du rétablissement.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> <li>Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> <li>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	<p>2. Oui, l'étude utilise un devis observationnel longitudinal, avec une grande richesse de données recueillies pendant 8 ans. Cela permet d'examiner des corrélations entre la durée d'abstinence et différentes dimensions du rétablissement.</p> <p>3. Ce n'est pas une étude expérimentale dans cet article. La manière de faire l'analyse et de récolter les données est cohérente.</p> <p>4. Oui, le but est de comprendre comment la durée d'abstinence influence le rétablissement à long terme. Un devis longitudinal sur 8 ans est donc idéal pour observer les changements progressifs, identifier des tendances temporelles et détecter les pics ou seuils critiques de changement.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> <li>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, Cf réponse partie problématique.</p> <p>2. Oui, Le kit d'évaluation comprenait une version enrichie de l'Indice de gravité de la toxicomanie (ASI ; McLellan et al. 1992), cet instrument détaille les items et les séries de réponses, augmente le nombre de question individuelles dans chaque domaine (âge d la 1<sup>ère</sup> consommation et de la dernière, les antécédents de traitements et l'utilisation actuelle). L'échelle globale des besoins individuelles (GAIN) reliée aux troubles liés à l'usage des substances, à la détresse mentale, à l'environnement de rétablissement, la spiritualité, la force personnelle et l'auto-efficacité à résister à une rechute (Dennis 1999 ; Dennis, Titus et al. 2003). Il y a également les échelles de soutien familial et social perçu (Procidano et Heller, 1983) et l'inventaire des réponses de coping (CRI ; Moos, 1993). En raison de l'inflation et de l'évolution de la taille des familles au cours de la période de 8 ans, deux mesures de l'évolution de la pauvreté sont utilisées, selon les directives du ministère américain de la Santé et des Services sociaux (HHS). Des tests urinaires ont également été fait. Les échantillons ont été vérifiés pour la couleur et la température, congelés, puis expédiés sous 24h à un laboratoire certifié par le Programme national de certification des laboratoires de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Ils ont mis dans un tableau les informations concernant la définition des échelles, des indices et des mesures créées.</p> <p>3. Ce n'est pas explicité dans l'article mais on peut en déduire que les instruments de mesure existaient déjà pour toutes les variables car les auteurs indiquent les références des instruments utilisés dans le texte.</p> <p>4. Les échelles sont fidèles et validées. Les auteurs précisent qu'il y a une évaluation psychométrique qui a démontré une bonne cohérence interne et une bonne fiabilité des tests</p>

		pour l'ASI et le GAIN et es autres instruments utilisés dans cette analyse ainsi que pour les résultats des analyses d'urine.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> <li>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> <li>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	<p>1. Oui, le processus de collecte de données est solide, structuré et cohérent avec les objectifs. Il repose sur des outils validés, des mesures répétées, et une confirmation biologique de l'abstinence. Plus de détail CF bas de page 589 et page 590.</p> <p>2. Partiellement, on ne connaît pas le personnel qui a été recruté pour effectuer la recherche, les auteurs ne le précisent pas dans l'article. L'utilisation d'outils validés et structurés permet de réduire les biais liés à l'interprétation, ces instruments sont reconnus, validés, et permettent une collecte standardisée et reproductible. Pour limiter le biais de désirabilité sociale, les déclarations d'abstinence ont été vérifiées par des tests urinaires. Un biais d'information ne peut être exclu étant donné que l'évaluation se base sur les souvenirs des usagers, mais cela est repris dans les limites de l'étude.</p> <p>3. Non, ce n'est pas une étude interventionnelle. L'étude est observationnelle, sans intervention imposée par les chercheurs. La variable indépendante centrale est la durée de l'abstinence, qui est un état observé.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	<p>1. Partiellement, l'article utilise une même méthode statistique (le test de Kruskal-Wallis) pour toutes les variables analysées, sans détailler spécifiquement les tests utilisés pour chaque question de recherche. Ils ont aussi utilisé SAS 9.3 (2005) et les statistiques de Cohen (Cohen 1988). CF page 597. Ils ont également fait des régressions logistiques pour répondre à leur 4<sup>ème</sup> question, mais cette méthode n'a pas été décrite au préalable.</p> <p>2. Oui, les méthodes d'analyses sont adaptées en fonction du verbe utilisé pour les objectifs établis. Les variables étant souvent ordinales ou discrètes (ex. : nombre de jours de travail, score de coping), l'usage du test de Kruskal-Wallis est statistiquement justifié. De plus, les auteurs ont utilisé les changements individuels dans le temps comme méthode de contrôle partiel des biais interindividuels.</p> <p>3. Partiellement, les auteurs ne réalisent pas d'analyse multivariée complète pour tous les facteurs potentiellement confondants, mais ils reconnaissent les différences au temps zéro et y remédient en partie par les changements intra-individuels. Compte tenu des différences de base dans le groupe, toutes les variables ont été testées au départ, à l'année 8, et pour les changements entre le départ et l'année 8 (c'est-à-dire entre les participants). Les variables socio-démographiques ont été intégrées dans les régressions logistiques. Seul le genre exerce une influence.</p>

RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> <li>Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> <li>Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, l'article comprend trois tableaux principaux, très complets, qui résument les résultats en lien avec la durée d'abstinence et différents domaines du rétablissement. Chaque tableau compare les quatre sous-groupes en fonction de la durée d'abstinence. Ces tableaux permettent une visualisation claire. Il ne contient pas de figure dans la partie résultats mais dans la partie discussion oui.</p> <p>2. <b>Tableau 3</b> : Changement dans la santé, dans la santé mentale et des capacités d'adaptation selon l'abstinence et la durée de l'abstinence à 8 an. <b>Tableau 4</b> : Changement de l'activité légale et professionnelle selon l'abstinence et la durée d'abstinence à 8 an. <b>Tableau 5</b> : Changement dans le logement, les amis et l'environnement de rétablissement selon l'abstinence et la durée de l'abstinence à 8 an.</p> <p>3. Oui, la significativité statistique est présente avec une p-valeur en dessous de 0.5. La taille d'effet est souvent modérée à grande, ce qui renforce l'intérêt clinique. Sur le plan clinique, il a une diminution importante des symptômes psychiatriques, une hausse de l'emploi et du revenu familial, une réduction nette des activités illégales et une amélioration du soutien social et spirituel.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1. Partiellement, les auteurs ne reprennent pas formellement chaque question de recherche une par une, mais ils interprètent l'ensemble des résultats en lien avec la perspective du parcours de vie. Le cadre théorique utilisé est déclaré, CF haut de la page 605.</p> <p>2. Oui, les auteurs discutent leurs résultats en les comparant aux travaux de plusieurs autres auteurs comme (Moos and Moos 2007), (Laub and Sampson 2001), (e.g., Laub and Sampson 2001) ... Cela montre que les résultats s'inscrivent dans la continuité scientifique des travaux déjà publiés. Ils comparent et mettent en lien leur études avec celles qui existent déjà.</p> <p>3. Oui, Les conclusion sont issues des résultats observés dans cette étude comme l'amélioration continue avec le temps, le soutien important qui est nécessaire au début du parcours, à quelles années le seuil est critique en détaillant l'abstinence.</p> <p>4. Oui, les analyses sont observationnelles et basées sur une classification rétrospective de l'abstinence à 8 ans, ce qui peut biaiser l'interprétation. Par exemple, deux années d'abstinence au début du suivi peuvent avoir un effet différent de deux années à la fin. Ils recommandent de répliquer l'étude avec une surveillance urinaire plus fréquente et d'autres</p>

		<p>sources de données objectives comme les dossiers judiciaires ou professionnels. L'échantillon provient d'un seul secteur géographique (Chicago), avec une surreprésentation de femmes et de personnes afro-américaines, ce qui limite la généralisation des résultats. Il serait intéressant de refaire cette étude dans d'autres endroits avec une population plus diverse. Ils précisent aussi qu'ils n'ont pas séparé dans cette analyse les participants en traitement ou incarcérés, contrairement à d'autres études. Les auteurs suggèrent que l'impact de l'incarcération reste un axe pertinent pour des recherches futures.</p> <p>5. Oui, les conclusions s'appuient directement sur les analyses, en résumant les résultats et en disant que le rétablissement est un processus long, avec des bénéfices à long terme. Ce qui est en lien avec ce que montrent les données.</p> <p>6. Les auteurs suggèrent de passer d'une vision centrée sur des épisodes de soins aigus à une gestion du rétablissement sur le long terme. Cela implique de renforcer les soins continus, le suivi prolongé, les interventions précoces (ERI), ainsi que les liens vers des services en santé mentale et des activités sobres. Il faut soutenir les personnes au-delà des premiers mois d'abstinence.</p> <p>7. Oui, les auteurs soulignent que la majorité des recherches en addiction se focalisent encore sur les 6 à 12 premiers mois après le traitement. Plus de recherches en santé publiques sont nécessaires sur la gestion du rétablissement à long terme, afin de déterminer comment offrir des soins durables et efficaces. Cela inclut aussi des recherches sur l'intégration des services complémentaires, la réduction des effets indésirables précoces et l'accélération des effets positifs.</p>
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.



## Annexe IV : Grilles de lectures

### Elison et al. (2017). Examining effectiveness of tailorable computer-assisted therapy programmes for substance misuse : Programme usage and clinical outcomes data from Breaking Free Online (BFO)

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
<b>TITRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Partiellement, P= usage problématique de substance, cette catégorie est très large , I= programme thérapeutique sur mesure assisté par ordinateur, C=/, O= utilisation et outcomes cliniques, mais on ne sait pas lesquels
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	<p>Oui, les chapitres sont nommés. Objectifs : « Présenter les résultats de l'exploration des mécanismes d'action selon les conseils sur mesure au sein du programme BFO et les résultats de stratégies d'intervention spécifiques. » Méthodologie : « L'analyse de la variance et les régressions linéaires ont été utilisées pour évaluer les données relatives à la fin de l'intervention et les résultats psychométriques et cliniques de 2311 utilisateurs de services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme à travers le Royaume-Uni. » Résultats : « Les conseils sur mesure fournis aux utilisateurs semblent les inciter à donner la priorité à l'exécution des stratégies d'intervention associées à leurs domaines de déficience biopsychosociale les plus élevés. L'achèvement de stratégies d'intervention spécifiques dans le cadre du BFO a été associé à des résultats cliniques spécifiques, et un effet dose-réponse a été constaté. Les analyses des mécanismes d'action ont révélé la primauté de la cognition, les stratégies de restructuration cognitive étant associées à des améliorations de la santé mentale, de la gravité de la dépendance aux substances, de la qualité de vie et du fonctionnement biopsychosocial global.» Discussion : « Le cadre <i>Medical Research Council</i> (MRC) fournit un paradigme de recherche évolué dans le domaine du changement de comportement numérique. En évaluant les profils de base des besoins, BFO peut cibler le contenu clinique le plus approprié pour les utilisateurs individuels. Les mécanismes de la recherche-action peuvent être utilisés pour informer des modifications apportées à BFO afin d'actualiser en permanence le contenu clinique et la plateforme technologique. »</p>



INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> <li>Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	<p>1. Oui le sujet de l'étude est clairement formulé : « La littérature montre les avantages d'adapter les interventions aux besoins de l'individu [...] une façon de proposer ces interventions est d'utiliser des thérapies assistées par ordinateur (CAT) [...] notamment pour la dépression, l'anxiété [...] et les troubles liés à l'usage de substances (SUD). »</p> <p>2. Oui, le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles. L'article souligne que les CAT sont reconnues pour leur efficacité, mais leur caractère individualisé complique l'évaluation avec des méthodologies classiques comme les RCT. Les auteurs précisent que ces variations individuelles rendent difficile le respect des conditions d'homogénéité des groupes dans les RCT. Ce qui justifie le recours à une méthode alternative pour évaluer l'efficacité du programme Breaking Free Online.</p> <p>3. Oui, l'article est co-écrit par des chercheurs spécialisés en psychologie clinique et en traitement des addictions, et porte sur l'évaluation d'un programme utilisé dans les services de traitement des troubles liés à l'usage de substances. Le sujet concerne la santé mentale, la psychologie clinique et la médecine des addictions.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les auteurs s'appuient sur des recherches antérieures (cf question 2 énoncé du problème).</p> <p>2. Oui, la recension fournit une synthèse de l'état de la question en lien avec le problème de recherche. Les auteurs rappellent les avantages des interventions personnalisées et des thérapies assistées par ordinateur (page 2, lignes 1-9), soulignent les limites des essais randomisés pour les évaluer (page 2, lignes 10-15), et présentent un cadre alternatif d'évaluation proposé par le MRC (page 3, lignes 1-7), en lien direct avec l'objectif de l'étude.</p> <p>3. Oui</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les concepts sont nommés et brièvement décrits. 1. Thérapies assistées par ordinateur (CAT)</p> <p>2. Interventions personnalisées (tailoring) 3. Modèle d'équilibre de vie (Lifestyle Balance Model – LBM)</p> <p>3. Oui un cadre conceptuel est incorporé. Les auteurs présentent le Lifestyle Balance Model (LBM) comme cadre de l'intervention, basé sur le modèle cognitivo-comportemental à 5 facteurs. Ils précisent que chaque domaine du LBM est relié à une stratégie d'intervention spécifique dans le programme BFO.</p> <p>4. Non applicable, car un cadre est présent.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>• Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>• Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les questions sont explicitées « Cet article présente les données relatives à l'utilisation du BFO et aux résultats cliniques. Les questions de recherche spécifiques sont les suivantes 1. Le niveau de handicap dans les domaines du LBM permet-il de prédire quelles stratégies d'intervention sont menées à bien, c'est-à-dire est-ce que les utilisateurs suivent les conseils d'adaptation fournis par le programme ? 2. Les résultats cliniques des utilisateurs sont-ils associés au nombre de stratégies d'intervention suivies, c'est-à-dire y a-t-il un « effet de dose » ? 3. Quels sont les mécanismes d'action des stratégies d'intervention spécifiques, c'est-à-dire que l'achèvement des stratégies spécifiques est associé à des résultats cliniques spécifiques ? »</p> <p>2. Oui, les auteurs veulent identifier si les usagers suivent les recommandations personnalisées du programme, s'il y a un effet dose et quels sont les mécanismes d'action des stratégies efficaces. Ces questions correspondent aux limites méthodologiques identifiées auparavant et découlent également du but qui est l'usage du BFO et ces résultats cliniques.</p> <p>3. Oui, les concepts correspondent aux variables. Modèle LBM -&gt; score Recovery Progression Measure (RPM) : Pensées négatives, émotions, comportements, situations difficiles, sensations physiques, style de vie.</p>
<b>Méthode</b>		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> <li>• L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>1. Oui, l'étude a reçu l'approbation d'un comité éthique.</p> <p>2. Partiellement, des éléments le suggèrent mais rien n'est explicité. Les participants pouvaient créer un compte et faire l'évaluation de départ avec l'aide d'un professionnel ou d'un pair. Les stratégies dans le programme incluent la psychoéducation et des exercices comme l'activation comportementale (interventions sans danger). Et approuvé par un comité éthique. Mais pas de mention d'évaluation formelle des risques ou des stratégies.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>• Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour</li> </ul>	<p>1. Oui, la population visée est définie : personnes traitées pour trouble de l'usage de substances en Ecosse, au Pays de Galles et en Angleterre. L'échantillon : N= 2311, recrutées dans différents contextes ; 1973 dans des services communautaires spécialisés dans le traitement des addictions, 53 dans des centres de désintoxication pour patients hospitalisés, 165 dans des prisons, 120 dans des services communautaires de santé mentale, la description de l'échantillon est succincte.</p> <p>2. Oui, échantillonnage de convenance (recrutés par des praticiens et des pairs mentors dans des structures de soin), non probabiliste. Cette méthode est adaptée à une étude exploratoire en contexte</p>

	choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	clinique, bien qu'elle limite la représentativité et la généralisation des résultats. Les RCT étant limités pour mesurer les effets attendus d'une app qui proposent des interventions sur mesure, la méthode est adaptée. 3.Non, l'article ne fait pas de mention d'un calcul préalable de la taille d'échantillon ni d'une justification statistique pour déterminer que 2311 participants seraient suffisants. C'est cohérent avec le devis de recherche.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> <li>• Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> <li>• Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> <li>• La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	1.Il s'agit d'un devis quantitatif expérimental. Oui, il permet d'atteindre le but de l'étude car l'objectif est d'explorer l'association de certaines stratégies du programme et des améliorations cliniques, le devis permet de mesurer les liens et tendances sur la base de données d'usage. 2.Oui le devis permet d'analyser chaque question grâce à des analyses de variance, des régressions linéaires et des comparaisons statistiques. 3.Partiallement. Le devis permet une certaine validité interne par l'utilisation d'instruments standardisés et l'intégration de covariables dans les analyses. Le recours à l'auto-évaluation peut minimiser ce critère. Pour la validité externe, l'échantillon est large et diversifié, mais l'échantillonnage non probabiliste limite la généralisation des résultats. Aucune de ces limites n'est discutée dans les limites de l'étude ce qui est un problème. 4.Oui, la méthode de recherche est appropriée au problème de l'étude. L'étude utilise un devis quantitatif et le suivi des données d'utilisation pour explorer comment les stratégies du programme sont liées aux résultats cliniques. Cela permet d'évaluer un programme personnalisé pas compatible avec un RCT classique.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>• Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>• L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> <li>• La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y</li> </ul>	1.Cf introduction : question de recherche point 3 2.Oui, les instruments sont nommés dans la partie procédure (p.5) et le <u>△</u> s échelles utilisées sont également précisées. 3.Oui, il est précisé que les instruments sont importés de la littérature (PHQ-4, SDS, WHOQoI-BREF) et l'instrument RPM a été développé par ces mêmes chercheurs en 2016. 4.Partiallement. Pour chaque outil les auteurs donnent la référence scientifique associée à sa création, parfois à sa validation psychométrique. Mais ils ne présentent pas de résultats de fidélité ou de validité dans cette étude, on ne sait donc pas ce qu'il en est.

	a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?	
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> <li>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> <li>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les participants ont été recrutés dans leur contexte de soins par des pairs ou des professionnels, ils ont créé un compte BFO avec l'aide de ces personnes si souhaité, ensuite ils ont pu remplir des différentes évaluations et accéder au programme avec les modules d'intervention. Ils ont eu une autre évaluation de suivi en moyenne 8 semaines plus tard.</p> <p>2. Partiellement, les participants pouvaient être aidés par des praticiens ou des pairs pour compléter l'évaluation de départ, mais pas obligatoirement. Aucune information n'est donnée quant à l'encadrement ou à la formation de ces intervenants. Les données sont auto-déclarées ce qui peut induire des biais non contrôlés.</p> <p>3. Oui, l'intervention (le programme Breaking Free Online) est décrite avec 6 domaines (du LBM). Chaque domaine comprend une stratégie de psychoéducation et une stratégie active de mise en œuvre. L'application est identique pour tous les participants, les domaines sont standardisés et l'usage est enregistré automatiquement.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les méthodes d'analyse sont précisées pour répondre à chaque question. Les auteurs utilisent ANCOVA bootstrappées, ANOVA et des régressions linéaires, et des régressions multiples pour tester les associations entre stratégies complétées et résultats cliniques. Chaque méthode est en lien avec l'hypothèse testée.</p> <p>2. Oui, les scores cliniques sont des variables quantitatives continues, analysées avec des tests paramétriques adaptés (ANCOVA, ANOVA, régression linéaires), en lien avec les catégories du modèle LBM. Ces méthodes permettent de comparer des groupes et d'évaluer les associations statistiques de manière rigoureuse.</p> <p>3. Oui, les analyses tiennent compte des facteurs susceptibles d'influencer les résultats : les modèles de régression linéaire contrôlent les scores de base (prétraitement), ce qui permet d'isoler l'effet du nombre de stratégies complétées sur les résultats cliniques.</p>
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> <li>Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> </ul>	<p>1. Oui les résultats sont présents sous forme de différents tableaux.</p> <p>2. Le tableau 1 montre le pourcentage de participants ayant complété chaque stratégie. Le tableau 2 présente l'association entre le niveau d'atteinte et les stratégies complétées. Le tableau 3 donne les résultats pré/post des scores cliniques et l'effet dose-réponse. Le tableau 4 montre les associations entre chaque module du programme et les résultats cliniques, via des régressions multiples.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	<p>3. Oui, les résultats sont significatifs. Les p-values sont très inférieures à .05 pour l'ensemble des analyses. Les résultats sont cliniquement pertinents notamment pour la dépendance, la dépression et l'anxiété. Les résultats sont plus faibles mais présents pour la qualité de vie et le fonctionnement biopsychosocial.</p>
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1. Oui. Hypothèse 1 : les participants suivent-ils les recommandations personnalisées ? « Les participants ont suivi les conseils d'adaptation [...] il a été constaté que les utilisateurs mettaient en œuvre des stratégies d'intervention associées à leurs domaines LBM rouges significativement plus fréquemment que les domaines orange ou verts. » Hypothèse 2 : effet dose : « Un « effet de dosage » a également été identifié, indiquant que plus le nombre de stratégies d'intervention suivies est élevé, plus l'amélioration du fonctionnement est importante. » Hypothèse 3 : mécanismes d'action spécifique : « Les analyses des mécanismes d'action ont indiqué que le nombre de fois où les participants ont effectué une restructuration cognitive des « pensées négatives » [...] était associé au changement dans toutes les mesures. »</p> <p>2. Oui, les résultats concordent avec les études antérieures. Les auteurs soulignent que l'efficacité de la restructuration cognitive observée dans leur étude est soutenue par de nombreuses recherches antérieures dans le traitement des troubles de l'usage de substance, de la dépression et de l'anxiété.</p> <p>3. Oui, les auteurs reprennent les 3 hypothèses testées et les discutent avec les résultats obtenus. Ils mettent en avant les effets significatifs observés sans les exagérer, et reconnaissent les limites de leur étude.</p> <p>4. Oui, les limites de l'étude sont établies. Les auteurs mentionnent l'effet de la taille de l'échantillon sur le seuil de significativité et suggèrent des études avec un échantillon plus important, la durée limitée de la collecte de données et les potentielles améliorations cliniques à long terme qui n'ont pas pu être prises en compte.</p> <p>5. Oui, cf question 2 et 3</p> <p>6. Oui, les résultats soutiennent l'usage d'interventions personnalisées basées sur le profil biopsychosocial et confirment l'importance des stratégies cognitives comme levier principal de changement. Ils précisent également l'importance de stratégies diversifiées en parallèle afin de potentialiser ses effets.</p> <p>7. Oui, les auteurs font plusieurs propositions. Ils proposent de mieux comprendre comment les profils (rouge, orange, vert) influencent le comportement d'utilisation du programme. Ils suggèrent de tester</p>

		si la restructuration cognitive agit comme facteur intermédiaire entre les autres stratégies et les résultats cliniques.
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

## Annexe IV : Grilles de lectures

### Guimenez-Meseguer et al. (2015). Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug Dependent Patients

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Oui, <b>P</b> = patients toxicodépendants, <b>I</b> = bénéfices de l'exercice, <b>O</b> = sur la qualité de vie.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	<p>Oui, <b>le problème</b> : Cet article évalue les changements de qualité de vie chez les patients toxicodépendants après la participation dans un groupe de programme d'exercice physique.</p> <p><b>La méthode</b> : C'est une approche mixte (quantitative et qualitative). Les conditions physiques (<i>six-minute Walk Test, Timed Get Up and Go Test, and Chair Stand Test</i>) ont été quantitativement déterminé dans un groupe de 37 personnes toxicodépendantes avant et après un programme collectif de 12 semaines (18 personnes) et leurs effets mesurés sur une échelle de la qualité de vie (SF-36). L'étude comprend un groupe contrôle. De plus, des entretiens approfondis ont été menés à la fin du programme auprès d'un sous-échantillon de 11 participants du groupe d'exercices.</p> <p><b>Les résultats</b> : Les résultats quantitatifs ont démontrés une amélioration de la condition physique, de la santé mentale, sur la vitalité et la fonction sociale. Les résultats qualitatifs ont démontré des résultats physiques spécifiques, bénéfices psychologiques, social et une réduction du besoin de consommation. <b>La discussion</b> : la discussion n'est pas explicitement détaillée dans le résumé mais au travers de la dernière phrase qui explique les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance de l'exercice physique pour la qualité de vie et le processus de rétablissement des patients toxicomanes.</p>
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		

Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> <li>• Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> </ul>	1. Oui, le problème/sujet à l'étude est que les personnes toxicodépendantes souffrent de nombreux effets secondaires tels que la détérioration physique et mentale, des effets négatifs sur les relations sociales et familiales ainsi que d'autres aspects émotionnels qui impactent leur qualité de vie. Par conséquent, l'amélioration de la qualité de vie des patients toxicomanes
---------------------------------	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	est d'une importance cruciale et devrait être l'un des objectifs des programmes de réadaptation. 2. Oui, les auteurs se basent sur des recherches et des articles d'autres auteurs. 3. Oui, le sujet est pertinent dans le domaine de la santé publique et de la réadaptation/rétablissement.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	1. Oui, les auteurs mobilisent des études pertinentes sur les effets de l'exercice physique chez les personnes toxicodépendantes, tout en soulignant leurs limites. 2. Oui, les auteurs exposent les lacunes actuelles en évidence avec le manque d'études globales (mixtes) sur les bénéfices de l'exercice, ce qui justifie cette recherche. 3. Oui, la recension s'appuie sur des études principalement primaires, ils font références à d'autres auteurs et articles primaires.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> <li>L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	1. Partiellement, l'activité physique et la qualité de vie est abordée mais pas plus en détail et ils ne sont pas définis de manière conceptuelle. La population toxicodépendance abordée au début de l'introduction. 2. Non, les auteurs ne mentionnent aucun modèle conceptuel ni cadre de référence dans cette étude. 3. Non, elle n'est pas justifiée, mais c'est récurrent dans les articles quantitatifs généralement, cela n'influence pas la méthode d'analyse. Même si cet article est mixte, il est à dominance quantitative, les auteurs disent que les analyses qualitatives viennent compléter les analyses quantitatives.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	1. Partiellement, <b>question de recherche</b> : elle n'est pas formulée explicitement, cependant on peut en déduire que la question de recherche est, quelle est l'efficacité d'un programme d'activité physique sur l'amélioration de la qualité de vie des patients toxicodépendants en réhabilitation ? <b>Hypothèses</b> : les hypothèses ne sont pas clairement formulées par les auteurs dans cet article. <b>Variables et population à l'étude</b> : elles sont présentes, le programme d'activité physique, différentes dimensions de la qualité de vie et les patients toxicodépendants en réhabilitation. 2. Oui, même si les questions ne sont pas formulées explicitement, la logique est cohérente. La problématique est introduite dans la recension, et le but s'inscrit directement dans les lacunes identifiées. Le raisonnement est logiquement construit à partir des écrits antérieurs. 3. Il n'y a pas de cadre de référence dans cet article, mais oui les concepts sont présents.
<b>MÉTHODE</b>		

Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> <li>• L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>1. Partiellement, la recherche a été approuvée par un comité éthique de l'université d'Alicante. Cependant ils ne précisent pas si des consentements verbaux ou écrits ont été obtenus, ni les modalités de confidentialités.</p> <p>2. Oui, le programme d'exercice est structuré avec un coach et supervisé par un chercheur de l'étude qui est un professionnel dans l'activité physique et des sciences du sport, il est progressif en intensité, réalisé dans un cadre sécuritaire et accompagnés de tests fonctionnels sûrs et reconnus. Cette supervision permet d'identifier d'éventuels risques ou problèmes survenus lors de cette intervention et d'y remédier si nécessaire.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>• Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ?</li> <li>• Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	<p>1. Oui. 47 personnes répartis en un groupe expérimental (programme d'exercices ; n = 25) et un groupe contrôle (soins de routine ; n = 22) par le personnel du centre de réadaptation qui remplissent les critères du DS M-IV pour la toxicodépendance ont été recrutées depuis un programme de traitement de drogues intensif (Proyecto Hombre) en Espagne. L'échantillon final inclus 37 participants : groupe expérimental 18 et groupe contrôle 19. Les critères d'inclusion comprennent également le fait d'être capable et de vouloir participer le programme d'exercice et les procédures de pré et de post-test. Critères d'exclusion : ils comprennent le non-respect des procédures de test et des limitations physiques, cardiovasculaires, mentales ou sensorielles empêchant la pratique d'exercices physiques en toute sécurité. Dans la partie résultats, il a un tableau qui présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (tableau 1).</p> <p>2. Oui, c'est un échantillonnage par convenance, les participants ont été choisis selon leur volonté de participer et leur préférence pour le groupe contrôle ou exercice. En revanche, la répartition dans les groupes n'est pas idéale, car elle peut introduire un biais de sélection et limite la validité externe ce qui est précisé dans les limites de l'étude. Ce n'est donc pas une étude randomisée avec une répartition aléatoire</p> <p>3. On n'a pas d'information à ce sujet, aucune justification statistique n'est fournie dans l'article. La taille est basée sur des disponibilités cliniques, mais pas justifiée statistiquement, ce qui est normal dans un échantillon de convenance.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> <li>• Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> </ul>	<p>1. C'est un devis mixte à dominance quantitative quasi-expérimental avec un groupe de contrôle non randomisé, combiné à une approche qualitative descriptive. Oui, il permet d'atteindre le but de l'étude.</p> <p>2. Oui, même si les questions/ hypothèses ne sont pas formulées explicitement.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> <li>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	<p>3. Partiellement, ce n'est pas une étude totalement expérimentale car elle serait difficile à conduire pour obtenir des tailles d'échantillon suffisantes, et à justifier sachant que l'activité physique est reconnue comme bénéfique. Il présente des faiblesses qui réduisent la validité car il y a un possible biais de sélection. De plus il y a eu des abandons dans chaque groupe, mais l'échantillon final ne diffère pas de l'échantillon de départ, cela devrait donc avoir une incidence limitée.</p> <p>4. Oui, CF partie Résumé de la grille.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> <li>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</li> </ul>	<p>1. Partiellement, CF partie problématique, les variables clés sont identifiées, mais elles ne sont pas définies de manière conceptuelle dans le texte.</p> <p>2. Oui, chaque instrument de mesure est présenté et décrit avec sa fonction et son usage. <i>The Six-Minute Walk Test</i> (Enright 2003) évalue l'endurance aérobie. Le test reflète le niveau d'exercice fonctionnel lors des activités physiques quotidiennes. Le <i>Short Form Health Survey</i> SF-36 (Alonso, Prieto, and Antó 1995) explore 8 catégories de qualité de vie relié au statut mental et physique et mental. <i>Timed Get Up and Go Test</i> (Riki and Jones 1999) évalue la balance entre l'agilité et la dynamique. <i>Chair Stand Test</i> évalue la force des membres inférieurs (Riki and Jones 1999). A la fin du programme les participants des groupes d'exercices ont participé à une interview concernant leur perception du programme qui dure jusqu'à 45 minutes (11 participants ont participé aux interviews).</p> <p>3. Oui, les instruments de mesure existaient déjà pour tester l'activité physique, les auteurs précisent qu'ils sont importés et existants en mettant les références dans le texte. En ce qui concerne les interviews, les auteurs n'indiquent pas avoir utilisé un guide d'entretien préexistant ou un outil validé. Ils ne mentionnent pas non plus avoir repris des questions d'autres études. Ils ont donc probablement conçu les questions de l'interview eux-mêmes pour cette étude.</p> <p>4. Il n'y a aucune information à ce sujet concernant les instruments de mesure utilisés, mais ils sont référencés dans la bibliographie.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> <li>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les données quantitatives pré-test ont été collectées 2 jours avant le début du programme et les post-tests ont été collectées le dernier jour du programme. Pour les données qualitatives, les auteurs précisent que les collectes de données ont été récoltées le week-end après la fin du programme d'exercice dans le centre de réhabilitation, que les interviews ont duré jusqu'à 45 minutes et qu'elles ont été enregistrées et retranscrites. CF partie Population de la grille.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	2. Oui, l'étude a été encadrée par un professionnel qualifié en science du sport et les entretiens ont été menés par le même chercheur expérimenté ce qui limite les biais 3. Non, ce n'est pas une étude interventionnelle mais quasi-expérimentale.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>• Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>• Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	1. Oui, les données statistiques ont été analysées en utilisant SPSS 19.0 pour Windows. Les caractéristiques descriptives initiales ont été présentées sous forme de moyenne ( $\pm$ écart type) pour les variables continues ou de pourcentages pour les variables catégorielles. La distribution des données a été vérifiée au moyen du test de Shapiro-Wilk test et l'homogénéité des variances avec le Levene test. Une analyse des différences entre le groupe expérimental et le groupe contrôle au départ a été réalisée à l'aide du test t non apparié pour les variables normalement distribuées et du test U de MannWhitney pour les variables non normalement distribuées. ANOVA a été utilisée pour évaluer les effets du programme d'exercice dans le temps (pré/post) et entre les groupes (exercice vs contrôle) ainsi que pour la qualité de vie. L'analyse qualitative a suivi une méthode d'analyse de contenu conventionnelle (Hsieh & Shannon, 2005), avec une lecture répétée des transcriptions pour se familiariser avec les données, un codage des éléments significatifs, puis un regroupement inductif en catégories et sous-catégories en lien avec l'objectif de l'étude. Il n'y a pas d'information concernant le double codage des entretiens ce qui limite la validité des résultats. 2. Oui, les méthodes d'analyses sont adaptées en fonction du verbe utilisé pour les objectifs établis. 3. Partiellement, Les auteurs ne contrôlent pas formellement certaines variables confondantes (ex : niveau initial de dépendance, comorbidités, traitement médicamenteux, motivation). Cependant, ils vérifient que les groupes sont comparables au départ (âge, sexe, type d'addiction, scores initiaux).
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> <li>• Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> <li>• Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	1. Oui, les résultats sont présentés de manière claire et structurée grâce à des tableaux. Aucune figure n'est présente, mais cela suffit pour se rendre compte des données. 2. <b>Tableau 1</b> : Caractéristiques de base de l'échantillon, <b>Tableau 2</b> : Valeurs des tests de condition physique avant/après pour le groupe expérimental et le groupe contrôle. <b>Tableau 3</b> : Valeurs des tests sur les dimensions de la qualité de vie avant/après pour le groupe expérimental et le groupe témoin. 3. Oui, la significativité statistique est présente avec une p-valeur en dessous de 0.5. Les résultats sont significatifs statistiquement pour plusieurs variables dans les groupes

		<p>d'intervention. La condition physique : amélioration significativement dans tous les tests (par exemple <math>p &lt; .0001</math> pour la distance parcourue au 6MWT), la qualité de vie : amélioration significative dans les dimensions suivantes pas exemple la condition physique (<math>p &lt; 0.01</math>), la santé générale (<math>p &lt; 0.05</math>), la vitalité (<math>p &lt; 0.001</math>), le fonctionnement social (<math>p &lt; 0.001</math>) et la santé mentale (<math>p &lt; 0.001</math>). Sur le plan clinique, ces dimensions touchent des dimensions essentielles de la réhabilitation (vitalité, santé mentale, mobilité, les bénéfices physiques), et elles sont cohérentes avec les témoignages qualitatifs des participants ce qui renforce leur pertinence clinique.</p>
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>• Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>• L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>• Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>• Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>• Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>• L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1. Partiellement, même s'il n'y a pas de cadre de recherche et que les questions de recherche ne sont pas formulées de façon rigoureuse, les résultats sont interprétés en lien avec les objectifs de l'étude qui sont l'impact de l'exercice physique sur la qualité de vie et la condition physique. Les auteurs interprètent les résultats en fonction des dimensions évaluées comme la vitalité, la santé mentale, la fonction physique et ses bénéfices ce qui correspond aux concepts mesurés par le SF-36 et les tests fonctionnels. CF pages 414.</p> <p>2. Oui, les résultats sont discutés au regard d'autres études sur les bienfaits de l'exercice physique chez les personnes toxicodépendantes. Cela montre que les résultats s'inscrivent dans la continuité scientifique des travaux déjà publiés. Ils comparent et mettent en lien leur études avec celles qui existent déjà.</p> <p>3. Oui, les conclusions sont cohérentes avec les données quantitatives comme l'amélioration dans plusieurs dimensions du SF-36 et des tests physiques ainsi que qualitatives comme les perceptions positives des participants. Elles sont fidèles aux résultats présentés sans extrapolation.</p> <p>4. Oui, il y a un paragraphe sur les limites où les auteurs reconnaissent la petite taille de l'échantillon, l'assignation non aléatoire à une condition, les différents abandons entre les groupes et le retrait de certains cas de l'analyse après l'assignation à une condition. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour adresser ces limites</p> <p>5. Oui, les conclusions découlent des résultats qui parlent de l'amélioration chez les personnes toxicodépendantes : qualité de vie physique, mental et social après la participation dans le programme d'exercice. CF page 415 partie conclusion.</p> <p>6. Que l'exercice physique pourrait représenter en partie un substitut à la consommation de drogues. Il a un effet global sur la qualité de vie physique, mentale et sociale. On peut en</p>

		<p>déduire que la réhabilitation ne doit pas uniquement se concentrer sur l'abstinence, mais aussi sur le bien-être global des patients toxicodépendants. Les auteurs disent que l'activité physique pourrait favoriser la réduction des envies pressentes de consommer, une meilleure image de soi et une réinsertion sociale. « <i>The results support the idea of incorporating physical exercise in a group into rehabilitation treatment for drug-dependent patients in order to achieve their global recovery of health and quality of life rather than mere abstinence</i> » (page 415).</p> <p>7. Oui dans la partie des limites de l'article ils recommandent des pistes d'amélioration afin de faire de plus amples recherches, notamment en recourant aux méthodes mixtes. « <i>Study limitations include small sample size, nonrandom assignment to condition, differential drop-out between groups, and removal of some cases from analysis after assignment to condition. Further research is required to address the limitations</i> » (page 415).</p>
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducati

## Annexe IV : Grilles de lectures

### **Martinelli et al. (2020). Are members of mutual aid groups better equipped for addiction recovery? European cross-sectional study into recovery capital, social networks, and commitment to sobriety**

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
<b>TITRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Oui, P= les membres des groupes d'entraide en lien avec les addictions, I = participation à des groupes d'entraide, O= Capital de rétablissement, réseau de soutien et engagement à rester sobre
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	Oui, le problème : manque d'études sur les groupes d'entraides en Europe continentale, indépendamment du type de consommation. Méthode : étude transversale sur l'évaluation des expériences de rétablissement sur 367 individus participants ou ayant participé à des groupes d'entraide vivant au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Belgique. Résultats : l'adhésion à des groupes d'entraide est associée à une plus grande participation et à des changements dans les réseaux sociaux, à des niveaux plus élevés de rétablissement et à un engagement plus fort vers la sobriété. Discussion : cela suggère que la participation à des groupes d'entraide pourrait favoriser le rétablissement et souligne comment l'entraide peut compléter le traitement.
<b>INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE</b>		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> <li>Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	1. Oui. Le sujet de l'étude est : dans quelle mesure le soutien apporté par l'entraide collective influence le parcours de rétablissement des personnes souffrant de toxicomanie. 2. Oui, les auteurs disent que bien que les groupes d'entraide soient recommandés souvent, il y a peu d'études sur la manière dont les individus perçoivent leurs effets sur le rétablissement. 3. Oui car, même si cela n'est pas dit explicitement, cela concerne la médecine clinique et forensique des addictions, la psychologie clinique, le travail social en santé mentale, la



		promotion de la santé mentale (au vu des auteurs). Cela renforce le lien avec la problématique.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les auteurs nous disent que des études ont été faites sur les effets positifs des groupes d'entraide type NA dans le rétablissement, sur les principes du rétablissement et sur les récits des personnes et leur parcours. Ils critiquent le fait qu'il y ait peu d'études sur les groupes de soutien autre que les alcooliques anonymes aux Etats Unis, mettent en évidence le manque d'études en Europe, et le fait que les anciennes études se focalisent essentiellement sur l'abstinence comme unique résultat de rétablissement.</p> <p>2. Oui, la recension de la littérature présente une synthèse de l'état des connaissances sur les groupes d'entraide et le rétablissement. Les auteurs montrent ce que la recherche a établi et les manques. Elle démontre clairement le besoin de cette recherche par les études précédentes.</p> <p>3. Oui, la recension s'appuie sur des sources principalement primaires.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> <li>L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	<p>1. Oui, le rétablissement est défini (cf 1<sup>er</sup> paragraphe introduction), les groupes d'entraides sont décrits (cf 2<sup>ème</sup> paragraphe), et le lien entre les 2 est établi et décrit (cf 3<sup>ème</sup> paragraphe).</p> <p>2. Non, il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel explicite, mais étant une étude quantitative exploratoire et corrélationnel cela est ok.</p> <p>3. Non, bien que des concepts soient utilisés, ils ne sont pas clairement rattachés à une théorie spécifique.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	<p>1. Oui, l'hypothèse est nommée avec les variables et la population : « pour les personnes en rétablissement de leur dépendance à la drogue, l'appartenance (actuelle ou passée) à des groupes d'entraide est associée à une plus grande participation aux réseaux sociaux, à un engagement accru envers le rétablissement et à un capital de rétablissement plus important ».</p> <p>2. Oui, l'hypothèse reflète le contenu de la recension (cf partie recension des écrits) et découle logiquement du but qui est d'explorer dans quelle mesure la participation à des groupes d'entraide influence le rétablissement chez les personnes ayant souffert d'une dépendance.</p> <p>3. Oui, les variables dépendantes de l'étude reflètent les concepts présentés dans l'introduction : recovery capital, engagement dans la sobriété, participation aux réseaux</p>



		sociaux. Les variables indépendantes retenues (socio-démographiques et cliniques, ainsi que la participation à des groupes d'entraide spécifiques aux addictions ou autres, à un traitement) sont explicitées.
<b>MÉTHODE</b>		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> <li>• L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>1. Oui, le consentement éclairé a été obtenu, les questionnaires ont été remplis anonymement et l'étude a été approuvée par les comités d'éthique des trois pays impliqués.</p> <p>2. Oui, les critères cités plus haut réduisent les risques et comme il n'est pas fait mention d'interview en profondeur ou de questions sensibles, le risque de réactiver un passé douloureux est réduit. De plus, les questionnaires permettent de valoriser les ressources et ne se focalise pas sur les problèmes. Mais, il n'y a pas de moyen spécifique mentionné mis en place.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>• Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ?</li> <li>• Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, la population cible est définie : les individus en rétablissement d'addictions principales aux drogues (avec ou sans consommation d'alcool) qui sont ou étaient membres de groupes d'entraide, avec au moins 3 mois de rétablissement. L'échantillon est décrit de façon détaillée : 367 participants de 7 origines, âge moyen 43 ans, 71% d'hommes, situation sociale décrite, ... (cf tableau p. 392)</p> <p>2. Echantillonnage non probabiliste, intentionnel. Oui, elle est appropriée car le devis est transversal et descriptif, l'objectif est d'explorer des associations entre participation à un groupe et rétablissement. Echantillonnage non probabiliste accepté car il permet d'accéder à une population ciblée et difficile à identifier dans la population et car la visée de l'étude est exploratoire et associative. Mais, ne permet pas de généraliser les résultats (cité dans les limites).</p> <p>3. Non, la taille de l'échantillon n'est pas calculée en amont ou n'est pas précisée, mais ce n'est pas nécessaire étant donné qu'il n'y a pas d'intervention et de mesure de son effet.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> <li>• Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> <li>• Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> </ul>	<p>1. Il s'agit d'un devis quantitatif transversal, d'un sous-échantillon d'une étude de cohorte prospective. Oui, cela permet d'atteindre le but de l'étude qui est : d'examiner dans quelle mesure le soutien provenant de groupes d'entraide façonne les trajectoires de rétablissement chez les personnes en rétablissement d'une addiction aux drogues. Cela permet d'examiner des liens entre la participation à des groupes et plusieurs dimensions du rétablissement.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	<p>2. Oui, l'hypothèses étant que chez les personnes en rétablissement d'une addiction aux drogues, le fait d'avoir été, ou d'être actuellement, membre d'un groupe d'entraide est associé à une plus grande participation à des réseaux sociaux, un engagement plus fort envers le rétablissement, et un capital de rétablissement plus élevé. Le devis permet de mesurer les variables, de comparer les scores en fonction de l'appartenance à un groupe et de tester les associations.</p> <p>3. Oui Validité interne : le recueil est standardisé et identique dans tous les pays et la taille de l'échantillon est élevée, et il y a un contrôle de variables confondantes (socio-démographiques et descriptives du profil), pas d'assignation aléatoire (donc pas de causalité) et il s'agit d'auto-évaluation donc possible biais, mais réparti dans tout l'échantillon de façon équitable. Validité externe : c'est une étude dans 3 pays et avec une taille d'échantillon importante, mais il peut y avoir un biais de sélection (participants volontaires et ils ont été défrayés (p.391), la population cible est précise et les résultats peuvent être non généralisables à d'autres contextes.</p> <p>4. Oui, la méthode de recherche est appropriée au problème. La méthode (cf question 1) permet d'évaluer les relations entre les groupes et le rétablissement avec des données chiffrées recueillies par questionnaires.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> <li>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</li> </ul>	<p>1. Cf question dans l'introduction cadre de recherche</p> <p>2. Oui, les échelles sont auto administrées et validées. Brief Assessment of Recovery apital BARC-10, évalue les ressources internes et externes liés au rétablissement, réponses échelle de type Likert à 6 points. Commitment to Sobriety Scale, mesure à quel point la personne est engagée à rester sobre, réponses avec l'échelle Likert à 5 points. Social Networks Participation, mesure personnalisée par les auteurs, basée sur le nombre de contacts positifs ou négatifs dans différents contextes (amis, famille, travail,...).</p> <p>3. Oui, les auteurs précisent que les instruments sont importés de la littérature existante et non créés pour cette étude. La traduction des outils ainsi que leur validation psychométrique n'est pas précisée dans l'article.</p> <p>4. Oui. Les auteurs rapportent l'Alpha de Cronbach pour mesurer la fidélité. L'article n'indique pas avoir testé la validité des outils traduits dans le cadre de cette étude, mais ils ont été validés dans d'autres études. Ils ont cependant testé la consistance interne des sous-échelles utilisées (sou analyses).</p>

Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> <li>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> <li>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les données ont été recueillies entre septembre 2020 et février 2021 dans 3 pays européens, à l'aide d'un questionnaire auto-administré, en ligne ou sur papier selon les contextes locaux. Les conditions de passation sont précisées (anonymat, volontariat).</p> <p>2. Ce n'est pas précisé dans l'article.</p> <p>3. Non, l'étude comporte une variable indépendante (l'appartenance à un groupe d'entraide) qui est définie et mesurée. Mais, cette variable ne correspond pas à une intervention expérimentale appliquée par les chercheurs, mais plutôt à une caractéristique observée à laquelle les participants ont été exposés ou non, ce qui est la particularité des études de cohorte.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	<p>1. Oui, pour répondre à RQ1 (types et combinaisons de soutien utilisés), des analyses de fréquence ont été effectuées. Pour RQ2 (association entre appartenance à un groupe d'entraide et scores de rétablissement), des tests t indépendants et des régressions multivariées ajustées pour âge, sexe, pays, niveau d'éducation et stade de rétablissement ont été utilisées. RQ3 (différences entre membres actuels et anciens) a été testée par des tests t indépendants. RQ4 (comparaison entre types de groupes d'entraide) a aussi été analysée par tests t indépendants</p> <p>2. Oui, les méthodes d'analyse statistique sont appropriées aux niveaux de mesure des variables. Les auteurs utilisent des tests paramétriques standards : t-tests (utilisé pour comparer les moyennes entre 2 groupes ex-membres vs non-membres), régressions linéaires (pour examiner l'association entre une variable indépendante et dépendante), chi-carré (pour comparer des proportions entre des groupes) qui correspondent bien au type de données et permettent des comparaisons entre les groupes.</p> <p>3. Oui, les auteurs ont intégré dans leurs analyses statistiques plusieurs facteurs confondants : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut de logement, la durée du rétablissement et le pays. Ces variables ont été contrôlées dans les modèles de régression multivariée, ce qui renforce la validité interne de l'étude en limitant les biais liés à des variables de confusion.</p>
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les résultats sont présentés par des tableaux et explicités brièvement.</p> <p>2. Le tableau 1 décrit l'échantillon avec les différents facteurs confondants des membres vs non-membres. Le tableau 2 présente les combinaisons de traitement et de soutien déjà</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> <li>• Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	<p>utilisées dans le parcours du rétablissement. Le tableau 3 présente les scores moyens des sous échelles d'appartenance à un groupe social, de capital de rétablissement, d'engagement envers la sobriété et les différences entre les membres et non membres. Le tableau 4 analyse la relation entre l'appartenance à un groupe et les sous échelles de résultats. Dans le tableau 5 on y voit les scores des échelles des participants en fonction des différents groupes ou non.</p> <p>3.Oui, les résultats sont statistiquement significatifs pour presque toutes les sous-échelles analysées (<math>p \leq .01</math>), sauf pour le maintien des groupes sociaux. D'un point de vue clinique, les différences observées entre membres et non-membres de groupes d'entraide (notamment sur le capital de rétablissement et l'engagement envers la sobriété) suggèrent une pertinence clinique, bien que les tailles d'effet ne soient pas rapportées en détail.</p>
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>• Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>• L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>• Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>• Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>• Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>• L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1.Oui, l'article confirme chaque hypothèse : « Nos résultats montrent que le capital de rétablissement, l'engagement envers la sobriété et la participation aux réseaux sociaux sont positivement associés à l'appartenance à un groupe d'entraide. ». Il suit les logiques du positivisme/post positivisme (objectivation des données, mesures chiffrées, tests statistiques pour confirmer ou infirmer les hypothèses, interprétation des résultats en relations causales probables).</p> <p>2.Oui, les résultats concordent avec les études antérieures. Les auteurs comparent leurs résultats à ceux des autres études, ils confirment que l'appartenance à un groupe d'entraide est associée au capital de rétablissement plus élevé. Ils observent une association positive entre l'appartenance à un groupe et l'engagement à rester sobre ce qui rejoint les autres études. Et, ils confirment les effets positifs des groupes sur les liens sociaux.</p> <p>3. Oui, l'interprétation est faite dans les limites du devis transversal (ne permet pas d'inférer des liens causaux).</p> <p>4.Oui, les limites sont abordées. Limites liées au devis transversal. Limites liées à l'échantillonnage : non probabiliste, sous-représentation des personnes hors traitement, taux de participation inconnu (recrutement en ligne), ce qui limite la généralisation des résultats. Biais de désirabilité sociale ou d'auto-déclaration possible. Différences culturelles évoquées par les auteurs.</p> <p>5.Cf point 2 et 3</p>

		<p>6. Oui, les résultats appuient l'intégration des groupes d'entraide comme ressources précieuses dans les parcours de rétablissement. Ils soulignent aussi l'intérêt d'évaluer des indicateurs comme le capital de rétablissement et l'engagement à la sobriété dans le suivi clinique. Ces éléments peuvent être utilisés pour adapter les prises en charge dans les addictions en médecine, en psychologie ou en soins infirmiers.</p> <p>7. Oui, les auteurs identifient des axes de recherche à approfondir. Mener des études longitudinales pour mieux comprendre les effets à long terme des groupes d'entraide sur le rétablissement, et pour tester la causalité. Ils disent que les groupes alternatifs aux 12 étapes sont peu étudiés et qu'il serait nécessaire de comprendre d'autres modèles.</p>
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

## Annexe IV : Grilles de lectures

### Runyan et al. (2024). A mixed methods experience sampling study of a posttraumatic growth model for addiction recovery

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
<b>TITRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Non, la population cible n'est pas mentionnée, I = modèle de croissance post traumatique, pas de comparateur, O= rétablissement de la dépendance
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	Oui. Problème : l'addiction constitue un enjeu de santé publique majeur pour lequel il faut trouver des solutions afin de promouvoir le rétablissement. Un modèle de rétablissement de la dépendance comme une forme de croissance post-traumatique (PTG en anglais), axé spécifiquement sur les relations proches et la force personnelle, deux domaines de la PTG le permettrait. Méthode : plusieurs études réalisées auparavant pour montrer que : le soutien social perçu et l'impulsivité prédisent le nombre de rechutes, le fait de vivre un événement stressant prédit un comportement impulsif, la proximité avec autrui est associée au soutien social perçu prédit un état émotionnel positif et donc moins de stress, dans un événement stressant la force personnelle est inversement associée au comportement impulsif et est prédite par le soutien social perçu et des états émotionnels positifs, et une intervention écologique momentanée ciblant le soutien social perçu diminue l'impulsivité et augmente l'autorégulation. Résultats : soutiennent un modèle PTG pour le rétablissement, fournissent des preuves de processus par lesquels des relations de soutien étroites protègent contre la dépendance et la rechute et indiquent que l'autorégulation réagit à une intervention brève et instantanée de soutien social perçu. Discussion : les résultats montrent que la dépendance est une maladie sociale, les interactions et les relations de soutien : baissent l'impulsivité lié au stress, augmente la force personnelle.
<b>INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE</b>		

Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> <li>• Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>• Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	<p>1. Oui, le problème est bien formulé. « Dans la présente étude, nous examinons donc l'autorégulation, le comportement impulsif et le soutien social perçu, ainsi que la relation aux autres et les domaines de force personnelle de la croissance post-traumatique, en utilisant des méthodes mixtes, y compris l'échantillonnage de l'expérience de la vie quotidienne des individus en rétablissement d'addictions. »</p> <p>2. Oui, l'étude est placée en contexte au vu de l'augmentation des addictions pendant la période du covid ce qui donne une importance aux facteurs favorisant le rétablissement. Les auteurs expliquent avec d'autres études comme source que : l'addiction est traditionnellement vue comme un trouble chronique avec rechutes ce qui oriente la recherche vers la rechute et non le développement positif, la croissance post traumatique est étudié dans d'autres domaines mais pas dans l'addiction, le manque de recherches d'échantillonnage d'expérience (ESM) et d'évaluation écologique momentanée (EMA) qui permettent de modéliser les changements chez les individus en condition réelle.</p> <p>3. Oui, le problème de recherche a une signification importante pour la psychologie clinique et les disciplines de la santé mentale et des addictions. En proposant de conceptualiser le rétablissement comme une forme de croissance post-traumatique, l'étude remet en question les modèles dominants centrés sur la rechute et propose des pistes de solution.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>• La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>• La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	<p>1. Oui, ils s'appuient dessus pour prouver l'utilité de leur étude en démontrant les lacunes précédentes sur : la population cible des personnes en rétablissement d'addiction, le manque d'études en condition réelle, l'absence de modèles qui intègrent les mécanismes du PTG au rétablissement (cf point 2 énoncé du problème de recherche).</p> <p>2. Oui, la recension de la littérature offre une synthèse structurée de l'état des connaissances en lien avec le problème de recherche. Elle définit clairement le concept de croissance post traumatique, présente ses mécanismes psychologiques associés, et souligne l'absence d'études l'appliquant au rétablissement des addictions.</p> <p>3. Oui, la recension repose essentiellement sur des sources primaires, telles que des articles empiriques publiés dans des revues scientifiques. Ces études originales appuient les concepts discutés (PTG, auto-efficacité, affects, compassion de soi) et permettent de justifier le modèle proposé.</p>



Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> <li>L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	<p>1. Oui, bien qu'ils ne donnent pas de définition pour chaque concept mais ils les décrivent. Concepts : rétablissement, croissance post traumatique, impulsivité, soutien social perçu, ESM, EMA autorégulation.</p> <p>2. Oui, le cadre théorique utilisé est celui de la croissance post traumatique, qui justement est relié au but de l'étude, en passant par la théorie selon laquelle le processus de rétablissement de la dépendance est une forme de croissance post traumatique.</p> <p>3. Non, car un cadre est présent.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	<p>1. Non, elles ne sont pas clairement nommées mais on peut les identifier : « La théorie est que le fait de bénéficier de relations de soutien étroites atténue le sentiment de stress ressenti lors des événements quotidiens, réduisant ainsi la fréquence à laquelle la force personnelle et l'autorégulation sont sollicitées. » « la force personnelle est renforcée par l'expérience de relations de soutien étroites et est nécessaire et peut être exercée lorsque des événements stressants surviennent dans la vie quotidienne. »</p> <p>2. Oui, les hypothèses reflètent les concepts décrits dans la recension des écrits et découlent du but (cf question 1 énoncé du problème de recherche).</p> <p>3. Oui, il y a 2 variables qui correspondent aux concepts du cadre de recherche donc au modèle de croissance post traumatique (relation aux autres et force personnelle). Les autres sont reliées aux déclencheurs identifiés (expérience d'un événement stressant, comportement impulsif) ou identifiées comme modérateurs (soutien social perçu, états émotionnels positifs).</p>
<b>MÉTHODE</b>		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> <li>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>1. A priori oui, les méthodes ont été approuvées par le comité d'évaluation interne de l'Université Wesleyan de l'Indiana, mais sans qu'il soit fait mention d'une commission éthique à proprement parlé et le consentement éclairé a été obtenu,</p> <p>2. Oui, des moyens étaient prévus. Méthodes approuvées (cf question 1), carte cadeau de 30\$ pour ceux qui ont répondu à 80% des séances, présentation de débriefing expliquant les principales observations de l'étude et ses applications potentielles, numéro de téléphone en cas de questions donnée et étude faite dans un centre résidentiel (encadrement), auto-questionnaires via une application, pas de confrontation directe avec les événements traumatiques passés, questions 3x/jour pendant 1 semaine.</p>



Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ?</li> <li>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, la population cible est définie, mais pas décrite de façon précise. L'étude est en 2 parties et cible 2 populations différentes. 1 : L'étude principale ESM qui vise les personnes en rétablissement d'un trouble lié à l'usage de substances vivant en résidence thérapeutique, N=44, âge moyen 37 ans, sexe 59%hommes et 36,6% femmes... (cf chapitre méthode participants). 2. Étude expérimentale EMI qui vise les étudiants universitaires (population non clinique) qui servent de population comparative, N=56 étudiants recrutés dans des cours de formation générale à Indiana Wesleyan University. L'échantillon pour cette étude était de 100 étudiants contactés, âgée de 18-24 ans, 25% hommes et 75% femmes, l'étude leur rapportait des crédits.</p> <p>2. Oui, le type d'échantillonnage est de convenance (à partir d'un centre de traitement résidentiel dans un état à fort taux de mortalité par <i>overdose</i>). Participants recrutés sur place, informés de l'étude et consentement volontaire. Oui, c'est approprié car il s'agit d'une population difficile à atteindre, permet d'observer les processus dans un cadre naturel, approche exploratoire et expérimentale qui vise à tester un modèle de croissance post-traumatique. Cependant, biais de sélection possible lié notamment au fait d'être rémunéré (résultats pas généralisables à l'ensemble des personnes en rétablissement car échantillon non aléatoire).</p> <p>3. Non, les auteurs ne mentionnent pas avoir déterminé le nombre de participants nécessaires. Pas de référence à un seuil d'effet attendu, mais ce n'est pas nécessaire pour ce type d'étude.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> <li>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> <li>Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> <li>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	<p>1. Oui, il s'agit d'un devis quantitatif corrélationnel par échantillonnage d'expérience (ESM) et d'une expérimentation avec un groupe contrôle randomiser en double aveugle avec la méthode EMI. Ce devis est pertinent avec le but de l'étude qui est de tester un modèle de croissance post traumatique en condition réelle.</p> <p>2. Oui, il fournit le moyen d'examiner toutes les questions de recherche. Stress-&gt; impulsivité, Relations proches-&gt; émotions positives, émotions positives diminuent le stress, force personnelle diminue l'impulsivité, soutien/émotions-&gt; force personnelle : ESM. Soutien social inversement lié à l'impulsivité/rechutes : enquête initiale (corrélation). Intervention de soutien perçu -&gt; effets causaux : EMI.</p> <p>3. Partiellement. Le devis EMI minimise les menaces à la validité interne (relations causales entre les variables) : randomisation des groupes, assignation en double aveugle,</p>

		<p>comparaison à un groupe contrôle, utilisation de mesures répétées,...Mais, il ne permet pas de généraliser directement les effets à des populations cliniques ou d'autres contextes (population restreinte, échantillonnage de convenance)</p> <p>4.Oui, l'article cherche à comprendre les mécanismes psychologiques de la récupération après une addiction, à travers la croissance post traumatique (soutien social, autorégulation), ce qui est adapté à la méthode utilisée. 1. Enquête initiale pour identifier les liens entre l'impulsivité, soutien social perçu et rechuter. 2. ESM pour capturer les processus intra-individuels en vie réelle (stress, impulsivité, émotions, soutien, ...). 3. EMI pour tester causalement l'effet du soutien social perçu sur l'impulsivité/autorégulation.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>• Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>• L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> <li>• La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</li> </ul>	<p>1.Cf question 3 cadre de recherche</p> <p>2.Oui, les instruments de mesure sont décrits et appropriés. UPPS-P Impulsive Behavior Scale : avec 5 dimensions, auto-administré sur ordinateur, réponses sur l'échelle de Likert. MSPSS Multidimensional Scale of Perceived Social Support : échelle validée, auto-administrée, réponses Likert. ESM administré via l'application LifeData sur téléphone, mesure les 5 variables, 3x/jour pendant 7 jours, auto-administré. EMI : 1 item sur l'impulsivité ressentie et 1 sur la capacité à résister à la tentation, réponses sur l'échelle Likert à 4 points, auto-administré via LifeData.</p> <p>3.Oui, l'article indique clairement quels instruments sont importés de la littérature scientifique (UPPS-P, MSPSS, PTGI : posttraumatic growth inventory) et lesquels ont dû être créés ou adaptés pour les besoins spécifiques du protocole. EMI ils ont construits 2 items de validité apparente suffisants pour un court terme et pour un usage simple. ESM, ils ont utilisé des items "top-loading" (les plus représentatifs).</p> <p>4.Non, l'article utilise des instruments mais ne présente pas directement de mesures statistiques de fidélité ou de validité. Cela aurait pu être amélioré par des analyses de cohérence interne (Cronbach). Des corrélations entre versions longues et versions EMS pour appuyer la validité convergente auraient pu être réalisés.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> <li>• Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> </ul>	<p>1.Partiallement, le processus de collecte de données est clair, et méthodique, mais on ne sait pas qui a recruté les participants, ni qui leur a expliqué les procédures. Il décrit plusieurs éléments pour les 3 études (outils utilisés, support, fréquence et durée des mesures, nature des items posés, conditions de passation, taux de réponse).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	<p>2. Partiellement, les données sont auto-rapportées et le processus est encadré par des chercheurs mais on ne connaît pas leurs qualifications.</p> <p>3. Oui, l'étude comporte une intervention et elle est décrite et appliquée. L'intervention EMI vise à stimuler le soutien social perçu pour tester son effet sur la réduction de l'impulsivité et l'amélioration de l'autorégulation. Le contenu de l'intervention est détaillé (notifications 3x/jour, affirmation vs instruction). Elle est constante et structurée (21 sessions, fréquente, standardisée et aléatoire, ...).</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>• Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>• Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	<p>1. Oui, Hypothèse 1 : L'impulsivité et le soutien social prédisent le nombre de rechutes : régression linéaire simple et multiple (SPSS). Hypothèse 2 : Le stress augmente l'impulsivité ; le soutien social et les émotions positives la réduisent : modèle Linéaire Mixte (MLM) (lme4, R). Hypothèse 3 : La croissance post-traumatique (proximité relationnelle, force personnelle) protège contre l'impulsivité : MLM + régressions linéaires. Hypothèse 4 : Une intervention de soutien social perçu réduit l'impulsivité et augmente l'autorégulation (pas de test mentionné). Hypothèse 5 : L'impulsivité et le soutien social prédisent le nombre de rechutes (avec excès de zéros) : régression de Poisson à inflation nulle (pscl, R).</p> <p>2. Oui, l'équipe de recherche a respecté la correspondance entre le type de variables, le niveau de comparaison et la méthode statistique choisie.</p> <p>3. Partiellement. Les auteurs ont intégré dans leurs analyses statistiques plusieurs facteurs pertinents liés au modèle théorique (ex. stress, soutien perçu, émotions, impulsivité), en utilisant des modèles linéaires mixtes qui prennent en compte la variabilité intra- et interindividuelle. En revanche, certains facteurs : âge, genre, niveau socioéconomique ou anxiété, motivation au rétablissement, ne sont pas inclus dans les modèles, bien qu'ils soient évoqués comme limites méthodologiques. Il s'agit donc d'une prise en compte partielle mais méthodologiquement cohérente, adaptée à une étude mixte corrélationnelle et expérimentale.</p>
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> <li>• Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, l'article comporte plusieurs tableaux et figure qui présentent les résultats.</p> <p>2. Figure 1 : sans titre, avec description, montre les interactions entre les variables. Tableau 2 : modèles de régression linéaire prédisant le nombre de rechutes. Figure 2 : facteurs de stress momentané signalés. Tableau 3 : associations intra-individuelles avec</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	<p>l'expérience d'un facteur de stress, la positivité et l'intensité de l'état émotionnel et le soutien social perçu. Figure 3 : résumé des résultats de l'expérience d'un facteur de stress. Tableau 4 : associations intra-personnelles avec le comportement impulsif et le domaine de force personnelle de la croissance post-traumatique. Figure 4 : résumé des résultats concernant le comportement impulsif et la force personnelle. Tableau 5 : associations situationnelles intra-personnelles avec l'expérience de proximité avec une autre personne, le soutien social perçu et les états émotionnels positifs. Figure 5 : facteurs situationnels autres spécifiés.</p> <p>3. Oui, les analyses ESM montrent plusieurs effets avec <math>p &lt; .05</math> et parfois <math>&lt; .01</math> ce qui indique des résultats fiables et non dus au hasard. Etude 2 (EMI) pareil, surtout pour le dosage de l'intervention. D'un point de vue clinique, bien que les tailles d'effet soient modérées, les résultats suggèrent que des facteurs comme le soutien social perçu, la force personnelle ou la régulation émotionnelle influencent réellement l'impulsivité.</p>
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, « nos résultats prouvent que la dépendance est une maladie sociale dans le sens où les interactions personnelles étroites et les relations de soutien : tampon contre l'impulsivité liée au stress, protégeant ainsi contre la dépendance et la rechute ; et favoriser la force personnelle, y compris l'autorégulation, diminuant ainsi la probabilité de comportement impulsif, y compris addictif, et favorisant le rétablissement. Dans ce contexte, des relations de soutien étroites et la force personnelle – deux domaines de la croissance post-traumatique – sont essentielles à la prévention et au rétablissement de la dépendance. »</p> <p>2. Oui, les résultats concordent avec les recherches antérieures. Les résultats confirment que le soutien perçu est positivement lié aux émotions positives et négativement au stress, ce qui est cohérent avec des études comme Brooks et al. (2018) et McConnell et al. (2014), citées dans l'article. L'association entre impulsivité élevée et risque de rechute est bien documentée dans la littérature sur l'addiction (ex. : Stevens et al., 2014). Le cadre de Tedeschi &amp; Calhoun (1996) est utilisé pour interpréter les effets combinés du soutien et de la force personnelle → les auteurs montrent que leurs données soutiennent ce modèle.</p> <p>3. Oui l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats. Les conclusions sur les liens entre soutien perçu, stress, émotions et impulsivité sont directement appuyées</p>

		<p>par les analyses statistiques. Les effets observés dans l'étude EMI sont présentés avec leurs valeurs statistiques (p-valeurs, <math>\beta</math>), et interprétés de manière proportionnée. Les auteurs ne surinterprètent pas leurs résultats : Ils reconnaissent que l'EMI n'a pas encore été testée chez les personnes en rétablissement. Ils mentionnent que certains effets sont partiels et doivent être étudiés plus finement. Ils admettent que certains facteurs contextuels ou confondants n'ont pas été contrôlés. Les auteurs concluent que : leur modèle de croissance post-traumatique s'applique bien aux dynamiques de rétablissement, le soutien social perçu et la force personnelle sont des leviers pertinents pour réduire l'impulsivité, les interventions brèves comme l'EMI sont prometteuses, mais nécessitent plus de validation clinique.</p> <p>4. Oui, les limites sont énoncées par les auteurs. Les auteurs mentionnent que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier la généralisation des résultats et pour développer et évaluer des interventions sur l'impulsivité et l'autorégulation ciblant le soutien social perçu. Ils disent également que leurs résultats montrent des associations entre les variables mais ne démontrent un effet causal que dans une population non clinique. Les auteurs précisent que la taille réduite de l'échantillon soulève des questions quant à la pertinence de l'étude.</p> <p>5. Cf question 2 et 3.</p> <p>6. L'étude a plusieurs implications cliniques et disciplinaires. Les thérapeutes ou intervenants peuvent intégrer activement le renforcement du soutien perçu dans les programmes de rétablissement. L'étude expérimentale montre que les interventions brèves répétées peuvent réduire l'impulsivité et améliorer l'autorégulation émotionnelle. Les auteurs envisagent les EMI comme levier prometteur pour soutenir le rétablissement émotionnel au quotidien. Le modèle de croissance post traumatique pourrait servir de cadre de formulation aux cas cliniques.</p> <p>7. Oui, les auteurs font des recommandations : mener des études cliniques pour évaluer si l'EMI est efficace dans la prévention des rechutes chez les personnes en rétablissement et à long terme, tester d'autres composantes du modèle, approfondir l'usage du ESM pour détecter en temps réel les états de risque et ajuster les traitements selon les fluctuations.</p>
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

## Annexe IV : Grilles de lectures

### Stea et al. (2015). Recovery From Cannabis Use Disorders: Abstinence Versus Moderation and Treatment-Assisted Recovery Versus Natural Recovery

#### Grille de lecture critique pour article quantitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
<b>TITRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Partiellement, <b>P</b> = en ce qui concerne la population étudiée, elle est partiellement précisée. On sait que ce sont des personnes qui consomment du cannabis, mais on ne connaît ni leur âge, ni leur sexe, ni si elles sont dépendantes ou pas, donc la population n'est pas citée explicitement. <b>I et C</b> = Abstinence VS consommation contrôlée et rétablissement avec traitement VS rétablissement naturel. Le titre n'est pas très clair mais on sait que les auteurs veulent comparer ces variables sur l' <i>outcome</i> suivant <b>O</b> = Rétablissement du trouble lié à la consommation de cannabis.
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	Non, le résumé ne synthétise pas toutes les grandes lignes de la recherche. Il énonce le problème en énonçant les objectifs de l'article. La méthode n'est pas mise en évidence dans l'abstract, on sait que des adultes vont être recrutés, on sait qu'ils vont être 119, qu'ils sont en rémission, on sait également le type de consommation (abstinence ou consommation contrôlée), mais on ne sait pas comment ils vont procéder ou quels outils ils vont utiliser. Les résultats sont synthétisés en parlant des différences entre les groupes et les types de stratégies utilisées. Pour finir, la discussion est partiellement présente dans le résumé, il y a une amorce de discussion mais très discrète.
<b>INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE</b>		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ?</li> <li>Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</li> <li>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> </ul>	<p>1. Oui il est clairement formulé et traite de pouvoir effectuer un portrait qui explore le processus de rétablissement des personnes dépendantes au cannabis en comparant les personnes qui se sont rétablies naturellement de celles qui ont eu besoin d'un traitement. Le 2<sup>ème</sup> but est d'explorer les similarités et les différences entre l'abstinence et la consommation contrôlée.</p> <p>2. Oui, les auteurs se basent sur d'autres sources et d'autres articles pour appuyer leurs connaissances et montrer la pertinence d'explorer ce sujet.</p>

		3. Oui, ce sujet est important pour la discipline des addictions, afin d'explorer les diverses approches de traitement et leur efficacité ainsi que les effets de ceux-ci chez des personnes qui consomment du cannabis.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</li> <li>• La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</li> <li>• La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les travaux de recherches antérieurs sont pertinents, il y en a plusieurs de cités qui comparent l'abstinence et la consommation contrôlée ainsi que les parcours avec ou sans traitement.</p> <p>2. Oui, elle souligne bien les lacunes dans la littérature sur le rétablissement naturel du cannabis, et elle identifie que la consommation contrôlée est un aspect sous-étudié.</p> <p>3. Oui, les sources citées sont principalement des études primaires.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</li> <li>• Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ?</li> <li>• L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?</li> </ul>	<p>1. Oui. Les concepts de « rétablissement », « consommation contrôlée », « abstinence », « récupération naturelle » et « récupération avec traitement » sont bien définis.</p> <p>2. Non il n'y a pas de cadre de référence théorique explicite.</p> <p>3. Non justifiée explicitement, mais la nature exploratoire de l'étude peut l'expliquer. C'est récurrent dans les articles quantitatifs généralement, cela n'influence pas la méthode d'analyse.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?</li> <li>• Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</li> <li>• Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</li> </ul>	<p>1. Oui, Quel est le processus de rétablissement d'une dépendance au cannabis en comparant des individus qui se sont rétablis naturellement de ceux qui ont eu un traitement ? Quelles sont les similarités et les différences entre le rétablissement par abstinence et celui par consommation contrôlée ? Deux <b>hypothèses</b> sont clairement définies dans l'article, malgré le devis exploratoire : La première est que les personnes ayant connu un rétablissement par abstinence présentaient des problèmes de cannabis plus graves au cours de leur vie que les personnes ayant connu un rétablissement modéré. La 2<sup>ème</sup> est que les personnes ayant connu un rétablissement à l'aide d'un traitement présenteraient des problèmes de cannabis plus graves au cours de leur vie que les personnes ayant connu un rétablissement naturel. Les variables d'<i>outcomes</i> : « rétablissement », « consommation contrôlée », « abstinence », « rétablissement naturel », « rétablissement avec traitement », « rétablissement par consommation contrôlée », « problème de cannabis à vie » sont présentes.</p> <p>2. Oui, Les auteurs comparent les études antérieures effectuées pour en arriver à leur question de recherche.</p> <p>3. Il n'y pas de cadre de référence dans cet article, mais oui les concepts sont définis.</p>
<b>MÉTHODE</b>		



Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ?</li> <li>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>1 L'accord d'une commission d'éthique n'a mentionné nulle part, les références aux codes déontologiques de la recherche non plus, ce qui est discutable. Un consentement verbal a été donné par chaque participant lors de l'entretien d'inclusion. Un autre consentement verbal a été donné pour la validation collatérale par des proches. L'anonymat des participants a été préservé. Les proches ont également donné leur consentement pour les interviews.</p> <p>2. Non, les auteurs ne mentionnent pas cela, mais on peut en déduire que non, car les participants ne sont pas recrutés dans des centres de traitement et a priori en rétablissement, donc peu directement affectés</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ?</li> <li>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</li> </ul>	<p>1. Oui la population cible : les participants sont des adultes d'au moins 18 ans ayant souffert d'une dépendance au cannabis par le passé, la capacité de lire et d'écrire en anglais, la capacité de participer dans un entretien en présentiel, ne pas avoir consommé de substances minimum 8 heures avant la participation à l'interview et ne plus répondre au critère de dépendance au cannabis depuis un an recrutés par divers médias. <b>L'échantillon</b> : Au total, 126 individus entraient dans les critères de sélection, mais 7 ont été exclus, car il a été découvert que durant les entretiens en personne qu'ils ne rentraient pas dans les critères d'éligibilité. Finalement, 119 participants ont été retenus. Le tableau 1 en présent le profil complet</p> <p>2. Oui, il s'agit d'un échantillonnage volontaire, les participants ont été recrutés à Calgary au Canada via une variété différents médias (radio, télé, internet, journaux, flyers). C'est approprié pour une étude exploratoire sur une population difficile à atteindre (personnes en rétablissement) et pas ou plus forcément en traitement.</p> <p>3. Oui, la taille de l'échantillon est déterminée en se basant sur une analyse de puissance (Cohen, 1992) qui indique que pour 2 groupes d'analyse de variance (ANOVA) avec un seuil alpha fixé à 0.05 (5% de risque d'erreur qu'on accepte), la taille d'échantillon nécessaire pour atteindre une puissance statistique de 0.80 (probabilité de détecter une vraie différence entre les groupes est de 80%, plus la puissance est élevée, plus le test est fiable) est de 64 participants par groupe afin de détecter un effet de taille moyenne. 26 participants par groupe pour détecter un effet de grande taille. <b>En résumé</b> : Pour détecter une différence moyenne entre les deux groupes avec suffisamment de fiabilité, il faut 64 personnes dans chaque groupe. Pour détecter une grande différence, 26 personnes par groupe suffisent.</p> <p>L'échantillon obtenu (N = 119) est acceptable en raison de la nature exploratoire de l'étude.</p>



Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ?</li> <li>• Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</li> <li>• Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ?</li> <li>• La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</li> </ul>	<p>1. C'est une étude mixte transversale comparative et exploratoire. Elle compare différents types de rétablissement selon plusieurs variables comme la gravité du trouble, les motivations, les stratégies utilisées. Le devis est adapté aux objectifs exploratoires.</p> <p>2. Oui. Il permet de tester les hypothèses secondaires (gravité plus élevée dans les groupes d'abstinence et de traitement), et d'explorer les stratégies utilisées par les différents sous-groupes.</p> <p>3. Ce n'est pas une étude expérimentale dans cet article. La manière de faire l'analyse et de récolter les données est cohérente.</p> <p>4. Oui, CF partie Population, échantillon et milieu de la grille.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</li> <li>• Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</li> <li>• L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</li> <li>• La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, CF partie Problématique de la grille.</p> <p>2. Oui, les instruments de mesure sont clairement décrits, plusieurs outils sont utilisés : ASSIST (pour l'usage de substances), CIDI (diagnostic de trouble du cannabis), MPS (échelle des problèmes liés à l'usage du cannabis), SDS (échelle de dépendance), MMM (motivations à consommer de la marijuana), Inventory to diagnose dépression et des échelles de motivation à l'abstinence et d'évitement et des checklists pour évaluer la raison de l'arrêt de leur consommation de cannabis et pour évaluer quels facteurs les ont aidé à rester sobre.</p> <p>3. Oui, les auteurs mettent les références des outils utilisés pour cette étude : CIDI (Kessler &amp; Ustun, 2004), ASSIST (<i>outil de dépistage développé</i> par l'OMS), MPS (Stephens, Roffman &amp; Simpson, 1994), SDS (Gossop et al. (1995), MMM (Simons et al. (1998) et Inventory to diagnose dépression (Zimmerman (1994). Des questionnaires et checklists ont été créés spécialement pour l'étude par les auteurs.</p> <p>4. Partiellement, l'article mentionne que plusieurs des instruments utilisés sont validés mais les auteurs ne fournissent pas directement dans la partie de la méthode les résultats spécifiques de fidélité ou de validité des outils. Cependant, ce qui est indiqué : le CIDI est validé, MPS/SDS/MMM/ASSIST sont validés dans des études antérieures mais les auteurs ne précisent pas leur fidélité dans cette étude. Les réponses des participants sont validées par un proche (<i>collateral validation</i>) pour minimiser les biais des réponses auto-rapportées et ils ont mesuré le degré de fidélité inter-jugé pour chacune d'elle</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</li> </ul>	<p>1. Oui. Il y a un entretien d'inclusion par téléphone, puis un entretien complet en présentiel à l'université. Ensuite, une entrevue de validation téléphonique avec un proche est réalisée 1 à 2 semaines plus tard.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</li> <li>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</li> </ul>	<p>2. Partiellement, l'article ne précise pas totalement le personnel impliqué dans cette recherche pendant la collecte de donnée. On sait que des entretiens en personne ont été effectués à l'université de Calgary mais on ne sait pas qui a mené ces entretiens. On sait également que les entretiens de validation collatérale ont été réalisés par une assistante de recherche qui avait une limitation des risques de biais d'évaluation et d'interprétation. L'article ne précise pas les qualifications ou la formation du personnel ayant mené les entretiens. Il est donc difficile de vérifier si les données ont été collectées par du personnel compétent et formé, ce qui peut biaiser les résultats. Il y a également un biais de volontariat.</p> <p>3. Non, l'article ne comporte pas d'intervention réalisée par les chercheurs. Cet article est de type observationnel transversal. Les auteurs observent et comparent des personnes déjà en rétablissement (certains avec traitement et d'autres de manière naturelle) et aucune intervention thérapeutique ou expérimentale n'est administrée dans le cadre de la recherche.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</li> <li>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ?</li> <li>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les auteurs précisent les analyses statistiques qu'ils utilisent. L'analyse de variance (ANOVA) qui est utilisée pour comparer des moyennes entre plusieurs groupes comme pour comparer l'abstinence VS la modération et le traitement VS le rétablissement naturel. Le test du chi carré et le test de Fisher sont utilisés pour comparer des variables de catégories comme le % de participants qui utilisent telle stratégie selon le groupe. Fisher est utilisé si les groupes sont petits. Des seuils alpha corrigés selon la méthode Bonferroni ont été utilisés pour tenir compte des comparaisons multiples entre les groupes. Les données manquantes ont été traitées par suppression de cas. Des analyses qualitatives de contenus ont été effectuées pour classer les réponses ouvertes données par les participants selon une approche inductive par deux évaluateurs indépendants. Le calcul de la fidélité inter juges a atteint un coefficient kappa de 0,80 ou plus, ce qui indique un bon niveau d'accord. Les désaccords ont été discutés et résolus par consensus entre (Jonathan N. Stea) et le deuxième évaluateur indépendant.</p> <p>2. Oui. Les outils choisis sont adaptés aux types de données (échelles, catégories, scores) et à la taille de l'échantillon.</p> <p>3. Oui certains facteurs susceptibles d'influencer les résultats (ex. : symptômes dépressifs, troubles liés à l'usage d'alcool ou d'autres substances) ont été pris en compte dans les analyses statistiques grâce à des analyses de covariance (ANCOVA).</p>
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les résultats sont adéquatement présentés avec plusieurs tableaux. Il n'y a pas de figures dans cet article pour illustrer les résultats, mais les tableaux sont bien structurés et regroupent</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ?</li> <li>• Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</li> </ul>	<p>toutes les informations. Cette étude pose des questions éthiques et ses résultats doivent être nuancés.</p> <p><b>2. Tableau 1 :</b> Données démographiques pour l'échantillon total et comparaison de groupes.</p> <p><b>Tableau 2 :</b> Variables relatives à l'historique et à la gravité des problèmes actuels liés au cannabis pour l'échantillon total et les comparaisons de groupe.</p> <p><b>Tableau 3 :</b> Pourcentage de participants ayant approuvé les raisons de résolution de changement selon les catégories issues des questions ouvertes pour l'échantillon total et les comparaisons de groupes.</p> <p><b>Tableau 4 :</b> Pourcentage de participants ayant approuvé les catégories d'action entreprises à partir des questions ouvertes pour l'échantillon total et les comparaisons de groupe.</p> <p><b>Tableau 5 :</b> Pourcentage de participants ayant approuvé les catégories de facteurs de maintien de l'abstinence ou la consommation contrôlée à partir des questions ouvertes pour l'échantillon total et les comparaisons de groupe.</p> <p>3. Oui, la significativité statistique est présente avec une p-valeur en dessous de 0.5.</p>
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</li> <li>• Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</li> <li>• L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</li> <li>• Les limites de l'étude ont-elles été établies ?</li> <li>• Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</li> <li>• Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</li> <li>• L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les auteurs répondent à chacune des hypothèses posées au début de l'article. Ils confirment que la consommation de cannabis résulte d'un continuum de problèmes, avec la consommation contrôlée et le rétablissement naturel qui se retrouvent à une extrémité du continuum et l'abstinence et le traitement se retrouvent à l'autre. Les résultats ont partiellement répondu à la seconde hypothèse, quand la relation entre les comorbidités et un problème lié au cannabis à vie a été pris en considération, l'analyse a révélé qu'uniquement l'utilisation du rétablissement et non le processus de rétablissement était relié au problème à vie de cannabis. Les participants abstinentes ont décrit avoir plus de problèmes que les participants qui continuent à consommer du cannabis. Les personnes ayant vécu un rétablissement naturel utilisent plus de stratégies motivationnelles, tandis que celles ayant suivi un traitement mobilisent davantage de stratégies comportementales et sociales. Les participants abstinentes et/ou ayant eu recours à un traitement présentent des scores de gravité plus élevés (SDS et MPS).</p> <p>2. Oui, les auteurs comparent les résultats trouvés dans leur étude avec des études antérieures, tels que (e.g., Stinson et al., 2006), (Booth, Dale, &amp; Ansari, 1984 ; Elal-Lawrence, Slade, &amp; Dewey, 1986, 1987), (Bischof et al., 2012), (Sobell &amp; Sobell, 2000) ... Ces études montrent que les rétablissements naturels sont plus souvent associés à des problèmes moins graves, que le coping motivationnel est plus fréquent dans les rétablissements sans traitement, que les personnes ayant eu un traitement formel utilisent davantage de stratégies de type comportemental et social.</p>

		<p>3. Oui, les auteurs s'en tiennent aux résultats des analyses statistiques dans la partie de la discussion, ils distinguent des différences comme la gravité de la consommation plus élevée chez les abstinents ou les choix des stratégies de coping sans aller au-delà de ce que les données ont fourni comme information.</p> <p>4. Oui, les auteurs mettent en évidence plusieurs limites : L'un des principaux défis de la présente étude était de gérer la question de la définition opérationnelle des concepts d'abstinence, de consommation contrôlée, de rétablissement avec traitement et de rétablissement naturel. Les données sont auto-rapportées, avec des risques de biais de mémoire ou de désirabilité sociale, potentialisée par l'usage du cannabis qui induit des troubles cognitifs. Une autre limite méthodologique concerne le rôle des obligations imposées par le tribunal ou l'employeur sur la motivation à suivre un traitement car elle ne concernait que peu de participants.</p> <p>5. Oui, les conclusions sont en lien avec les résultats.</p> <p>6. Oui, les résultats soutiennent l'idée qu'une approche de soins par étapes pourraient être viable pour faciliter le rétablissement tout au long du continuum. La mise à disposition de matériel d'auto-assistance spécifique au cannabis peut être utile. Ces supports d'auto-assistance devraient promouvoir la consommation contrôlée en plus de l'abstinence, afin d'augmenter l'acceptation et d'élargir encore d'avantage la portée aux utilisateurs problématiques. Les traitements plus intensifs ciblant la consommation concomitante de cannabis et d'autres troubles de santé mentale et de dépendance pourraient être les plus bénéfiques. Les résultats soutiennent l'idée que les personnes présentant des problèmes de cannabis plus graves présentent également des niveaux de comorbidité plus élevés, et suggèrent que la facilitation du rétablissement assisté par traitement et les approches trans-diagnostiques pourraient être la voie de rétablissement la plus bénéfique pour les consommateurs de cannabis problématiques présentant de fortes comorbidités.</p> <p>7. Non, l'article ne contient pas de recommandations formelles pour la recherche future.</p>
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

## Annexe IV : Grilles de lectures

### Turpin et al. (2017). Supporting Intrapersonal Development in Substance Use Disorder Programs: A Conceptual Framework for Client Assessment

#### Grille de lecture critique pour article qualitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche qualitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
<b>TITRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ?</li> </ul>	Oui (PCC), P= clients, C= soutenir le développement intrapersonnel, C= dans les programmes de traitement des troubles liés à la consommation de substances
<b>RÉSUMÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</li> </ul>	Oui, les parties : objectif, méthode, résultats et discussion y sont nommées et détaillées (cf abstract).
<b>INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE</b>		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</li> <li>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</li> <li>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</li> </ul>	<p>1. Comprendre pourquoi un modèle spécifique de comportement lié à la toxicomanie est adopté plutôt qu'un autre et quels déterminants intrapersonnels contribuent à la rechute et la prévention. Oui il est défini, développé et placé en contexte (milieu communautaire).</p> <p>2. Oui, les auteurs appartiennent à la Faculté de travail social. L'article répond au besoin de mieux intégrer les dimensions intrapersonnelles dans l'évaluation des clients en traitement, il est centré sur la personne et son expérience.</p> <p>3. Les postulats ne sont pas énoncés concrètement. Mais on peut les voir à travers l'importance donnée à la voix des personnes même si subjectif et à leur expertise, à l'évolution constante construite dans le temps et l'expérience des individus et surtout parce que les comportements en faveur ou défaveur de la santé sont complexes et intriqués et très individuels.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</li> </ul>	1. Oui, il parle du manque d'études pour les dimensions intrapersonnelles et d'outils pour bien mesurer ces facteurs au succès du traitement. Appuyé par une revue de littérature. 3

		dimensions expliquées (développement du soi, stratégies d'adaptation intrapersonnelles, auto-efficacité).
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ?</li> <li>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</li> <li>Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</li> </ul>	<p>1. Oui indirectement parfois, il n'y a pas de définitions explicites avec des références mais les thèmes sont explorés par des définitions empiriques. Développement intrapersonnel : explicité à travers 5 dimensions (self-awareness, coping ability, self-worts, outlook, self determination). Trouble de l'usage de substances : pas longuement défini mais l'approche biopsychosociale de l'addiction est utilisée comme cadre de compréhension. Cadre conceptuel : l'objectif de l'étude est d'en trouver un.</p> <p>2. Oui, c'est le but de l'étude.</p> <p>3. Non, les concepts centraux ne sont pas reliés à une base théorique explicité dans l'article, mais l'auteur démontre qu'elle manque justement.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</li> <li>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</li> <li>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ?</li> </ul>	<p>1. Oui, à la fin de l'introduction. « Quels résultats intrapersonnels spécifiques les patients participant à des programmes de traitement à long terme des troubles liés à la consommation de substances associent-ils à leur propre succès thérapeutique et de rétablissement ? De quelle manière ces résultats sont-ils atteints grâce à la participation à leur programme de traitement à long terme des troubles liés à la consommation de substances ? »</p> <p>2. Elles traitent de l'expérience vécue par les patients et de leur compréhension du phénomène.</p> <p>3. Oui, sur la méthode de recherche. Les questions sont en accord avec l'approche qualitative exploratoire.</p>
<b>MÉTHODE</b>		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ?</li> <li>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ?</li> <li>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</li> </ul>	<p>1. Partiellement, la population cible est décrite. (41 adultes en traitement dans des programmes résidentiels pour des troubles liés à l'usage de substances sans distinction). Les critères d'inclusion sont nommés (participants sont actuellement inscrits ou viennent de terminer le programme dans l'un des 3 centres). Cependant, l'échantillon n'est pas suffisamment décrit dans l'article, ce qui représente une limite qui est d'ailleurs nommé par les auteures. La proportion d'hommes 76% est nommé mais il n'y a pas davantage d'informations.</p> <p>2. Oui, les participants ont été recrutés dans 3 centres de traitement des dépendances résidentiels gérés par un seul organisme communautaire de services sociaux sans but</p>

		<p>lucrative dans la région du Grand Toronto. Biais possible lié au contexte clinique et volontariat (participants informés par le personnel, volonté de plaire ou de se conformer ?)</p> <p>3. Partiellement, les résultats montrent que l'échantillonnage a permis de dégager des thèmes afin d'élaborer un cadre conceptuel, mais l'échantillon n'est pas décrit plus en détails dans l'article. Les participants étant déjà dans un programme cela correspond à la méthode qualitative exploratoire avec un échantillonnage de convenance. Cependant il n'y a pas d'échantillon en plus à variation maximale, pas d'autre information que le sexe et les durées de suivi, ce qui est important lors de l'élaboration d'une théorie.</p> <p>4. Oui, les auteurs mentionnent que la saturation des données a été atteinte et que les thèmes majeurs revenaient constamment dans les entretiens (self-awareness, coping ability, self-worth, outlook, self-determination).</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ?</li> <li>• L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ?</li> <li>• Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</li> <li>• La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ?</li> </ul>	<p>1. Approche qualitative de type exploratoire. Le devis de recherche est inductif pragmatique (centré sur la création d'un cadre conceptuel basé sur des récits). Il n'est pas nommé explicitement mais l'ancrage épistémologique est socio-constructiviste (l'expérience des participants est considérée comme une source de savoirs, la réalité se construit à travers le vécu et il n'existe pas une seule vérité unique). Une approche de type <i>Grounded theory</i> aurait peut-être été plus efficace au vu du sujet.</p> <p>2. Oui, l'approche de recherche qualitative inductive et pragmatique est conciliable avec la technique de collecte des données qui est des entretiens semi-dirigés (la personne peut parler librement avec des directions données par le professionnel). Cela permet d'avoir des données riches sur le vécu des personnes ce qui va avec le fait de vouloir comprendre l'expérience intrapersonnelle du rétablissement.</p> <p>3. Oui, le temps passé semble suffisant (environ 30min par entretien) car cela a permis aux participants de développer pleinement leurs réponses. La durée des entretiens variait selon la durée du traitement, les personnes en rétablissement depuis plus longtemps ont eu des entretiens plus longs.</p> <p>4. Oui, l'approche qualitative inductive, combinée à des entretiens semi dirigés et à une analyse de contenu a permis de faire émerger progressivement les thèmes finaux. Ils ont été construits au fur et à mesure et de façon itérative ce qui va avec le mode exploratoire.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ?</li> </ul>	<p>1. Oui, l'étude a reçu une approbation du <i>Health Sciences Research Ethics Board</i> de l'université de Toronto.</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</li> </ul>	<p>2. Partiellement, car il n'y avait pas de mesures concrètes citées pour gérer une éventuelle réactivation d'un passé douloureux et les questions pouvaient toucher des aspects sensibles. Mais les participants étaient déjà encadrés dans un programme résidentiel avec des professionnels, et donc avaient ce filet de sécurité. Une information supplémentaire aurait pu être intégrée à l'étude, à savoir qu'en cas de stress majeur engendré par les entretiens, les chercheurs réfèrent les patients à un membre de l'équipe clinique.</p>
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ?</li> <li>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</li> <li>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</li> <li>Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ?</li> </ul>	<p>1. Oui, les méthodes de collecte de données sont appropriées et décrites. Les entretiens semi structurés sont utilisés, adéquats avec la nature exploratoire (liberté de discours), et les questions posées sont décrites dans l'article. 2 chercheurs ont mené les entretiens, dans les 3 centres de traitement, pendant la période de résidence des participants, avec 41 personnes. Les entretiens ont été transcrits puis analysés.</p> <p>2. Oui, les questions sont des questions ouvertes qui invitent à un développement, bien posées et ciblées. Les questions sont : <i>Quels résultats intrapersonnels les clients associent-ils à leur succès en traitement ? Comment ces résultats sont-ils atteints à travers leur participation au programme de traitement ?</i> Ce qui a permis d'investiguer en profondeur les dimensions clés en vue de la création d'un modèle théorique. Les chercheurs avaient des questions de relance et d'approfondissement si nécessaire.</p> <p>3. Oui, les chercheurs ont référencé les notes prises lors de la collecte des données (afin d'avoir une source de réflexion lors de l'analyse).</p> <p>4. Oui, c'est un grand échantillon pour du qualitatif (n=41) et de nombreuses citations appuient les résultats ce qui renforce sa fiabilité.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ?</li> <li>Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ?</li> </ul>	<p>1. Oui, la technique de collecte sont les entretiens semi-dirigés, dans 3 centres résidentiels de traitement des dépendances dans la région du Grand Toronto, par 2 chercheurs formés, durant environ 30 minutes, basé sur les questions : <i>Quels types de résultats souhaitez-vous atteindre en participant à ce programme ?</i> ; « <i>Quels sont les éléments sur lesquels vous travaillez pour faciliter votre intervention en matière de dépendances ?</i> » ; « <i>De quelle manière votre participation à ce programme contribue-t-elle à atteindre ces résultats ?</i> » ; et « <i>Quels aspects du programme et des services contribuent le plus à l'atteinte des résultats souhaités ?</i> ». Les entretiens ont été enregistrés par audio puis transcrits sous verbatim et analysés.</p>



		2.Oui, les données ont été recueillies par 2 chercheurs expérimentés. Cela limite les risques de biais. Ils ont été menés en personne, individuellement, dans les centres de rétablissement, ce qui donne un cadre sécurisant.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ?</li> <li>La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ?</li> <li>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</li> <li>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</li> <li>Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ?</li> </ul>	<p>1.Partiellement, il donne certaines informations mais pas complètes. Analyse de contenu thématique avec une approche qualitative inductive. Ils ont utilisé une technique de recherche d'analyse de contenu qualitative (Hsieh &amp; Shannon, 2005). Les étapes mentionnées sont : codage initial, regroupement par thèmes, identification de dimensions conceptuelles. Les 2 chercheurs ont effectué un double codage indépendant puis se sont réunis pour discuter (=triangulation).</p> <p>2.Oui, les auteurs se sont appuyés sur le modèle d'analyse de contenu de Hsieh &amp; Shannon (2005) ce qui correspond à la méthode de recherche qualitative inductive exploratoire.</p> <p>3.Oui, il y a trois lignes de résumé des résultats dans le paragraphe méthode de l'article.</p> <p>4.Oui, il y a une argumentation concernant la saillance de ces thèmes</p> <p>5.Oui, il y a une analyse indépendante des données par les 2 chercheurs avec une mise en accord par la suite et des notes réflexives prises durant les entretiens.</p>
<b>RÉSULTATS</b>		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</li> <li>Les figures, graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ?</li> </ul>	<p>1.Oui, les résultats sont décrits dans un premier paragraphe puis détaillés un par un et imagés par des verbatims en fin de paragraphe après avoir détaillé/expliqué le thème en sous-points qui sont ressortis des entretiens. Une synthèse de ceux-ci se trouvent dans la partie introductive de la discussion.</p> <p>2.Oui, l'article contient une figure conceptuelle qui résume les 5 dimensions interpersonnelles identifiées dans la partie discussion.</p>
<b>DISCUSSION</b>		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ?</li> <li>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</li> <li>La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ?</li> </ul>	<p>1.Oui, les résultats sont interprétés au vu de la question de départ de l'article.</p> <p>2.Partiellement, les auteurs discutent en quoi leur cadre conceptuel est complémentaire aux autres et viens combler un manque dans la littérature. Mais, ils ne le comparent pas à d'autres études étant donné qu'il n'y en a pas, ils ont créé un modèle qui manquait pour pallier à une meilleure compréhension du développement personnel subjectif des personnes en traitement et d'établir un lien entre la base de données probantes et la pratique. Ils mentionnent qu'ils ont créé ce cadre en gardant à l'esprit ce qui précède.</p>

		3.Oui, dans la partie limites, les auteurs mentionnent le fait l'étude ne pourra pas être généralisée tant que des analyses quantitatives plus poussées ne seront réalisées.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ?</li> <li>• Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</li> <li>• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</li> </ul>	<p>1. Oui, il précise que les résultats une fois analysés en quantitatif pourront être généralisés dans la pratique. Cela permettra d'évaluer le développement intrapersonnel des clients en traitement, d'adapter les interventions, de suivre l'évolution du rétablissement au fil du programme. Les auteurs proposent que ce cadre serve de base pour créer des outils cliniques d'évaluation.</p> <p>2. Oui, il est dit dans le texte que les résultats sont applicables à la pratique du travail social dans les programmes de traitement des dépendances grâce à des améliorations possibles dans le développement et l'orientation des programmes. Pour les recherches futures il faudra effectuer des recherches quantitatives avec ce modèle pour l'élargir.</p> <p>3. Oui, les auteurs rappellent l'objectif en conclusion et y répondent en donnant les 5 dimensions intrapersonnelles qui sont ressorties. Les résultats sont suffisamment riches étant donné la saturation des données et les verbatim concrets identifiés. Ils affirment que le modèle peut concrètement aider la pratique à améliorer les programmes et qu'il a besoin d'autres études pour valider le cadre et l'élargir.</p>

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

## Annexe V : Tableaux des stratégies de *coping* et du rétablissement

Stratégies de <i>coping</i>	Dennis et al., (2007)	Stea et al., (2015)	Giménez-Meseguer et al., (2015)	Ciobanu et al., (2020)	Runyan et al., (2024)	Elison et al., (2017)	Martinelli et al., (2020)	Turpin & Shier (2017)
<b>Emotionnel</b>	Décharge émotionnelle, croyances, évitement cognitif	Evitement, croyances	Émotions, estime de soi	Émotions, humour, déni, auto-culpabilisation	Émotions	Emotions		Émotions, estime de soi
<b>Centré sur le problème</b>	Environnement, stratégie cognitive	Conscience de soi, stratégie cognitive	Routine, motivation à changer, activité physique	Recadrage positif, acceptation, planification		Comportement inadapté, motivation à changer, stratégie cognitive	Motivation à changer	Conscience de soi, motivation à changer, stratégie cognitive, acceptation, coping cognitif
<b>Soutien social</b>	Soutien social	Soutien social	Soutien social	Soutien social	Soutien social		Entraide, soutien social	Soutien social

## Annexe V : Tableaux des stratégies de *coping* et du rétablissement

Rétablissement	Dennis et al., (2007)	Stea et al., (2015)	Giménez-Meseguer et al., (2015)	Ciobanu et al., (2020)	Runyan et al., (2024)	Elison et al., (2017)	Martinelli et al., (2020)	Turpin & Shier (2017)
<b>Psychologique</b>	Stabilisation du mode de vie, prévention des rechutes, santé mentale, comportement, impact émotionnel	Identité personnelle, consommation contrôlée, prévention des rechutes, santé mentale, comportement	Identité personnelle, engagement, diminution du <i>craving</i> , santé mentale, comportement	Santé mentale	Prévention des rechutes, santé mentale, comportement, impact émotionnel	Engagement, diminution du <i>craving</i> , santé mentale, comportement, impact émotionnel	Engagement, diminution du <i>craving</i>	Engagement, prévention des rechutes, comportement, impact émotionnel
<b>Existentielle</b>	Abstinence, qualité de vie, santé physique	Abstinence, rétablissement naturel	Abstinence, qualité de vie, santé physique	Qualité de vie, santé physique		Qualité de vie	Abstinence, rétablissement naturel	Qualité de vie, rétablissement naturel
<b>Sociale</b>	Inclusion sociale	Inclusion sociale	Inclusion sociale		Inclusion sociale	Capital de rétablissement	Inclusion sociale, capital de rétablissement	

## Annexe VI : Tableau détaillé pour l'annonce de l'utilisation des outils IA

Outil IA	Utilisé pour	Chapitre du travail	Lien ou copies des prompts
ChatGPT	Reformulations	Tous les chapitres	Je vais te donner un texte, reformule le en écriture scientifique en gardant toutes mes informations.
	Explications	Chapitre des Résultats	Peux tu m'expliquer simplement les bouts de textes que je vais te donner, ce sont des résultats d'articles
	Corrections	Tous les chapitres	je vais te donner mon texte, indique moi simplement si tu y vois des fautes d'orthographe ou de syntaxe, et ou
DeepL	Corrections ou traductions	Tous les chapitres	