

Haute École arc, Neuchâtel

# Travail de Bachelor en Soins Infirmiers

Sous la direction de Monsieur Voirol Christian

Professeur chargé d'enseignement HES

**Comment les déterminants de la participation de la  
personne âgée de 75 ans et plus,  
alcoolique et résidant en établissement médico-social  
(EMS), influencent-ils l'alliance thérapeutique ?**

Par :

Jaques Christine-Laure, Lachat Léonie & Meier Jennifer

Module Recherche

Juillet 2019

**Hes·so**

Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale

## Table des matières

<b>Abréviations .....</b>	<b>VI</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>VII</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>X</b>
<b>Chapitre 1 : Introduction .....</b>	<b>XII</b>
<b>Chapitre 2 : Problématique .....</b>	<b>5</b>
2.1 Choix de la thématique.....	6
2.2 La pertinence en lien avec les savoirs infirmiers.....	7
2.2.1 Le métaparadigme infirmier. ....	7
2.2.2 Les modes de savoirs. ....	11
2.3 La revue exploratoire de la littérature .....	15
2.3.1 Conduites addictives.....	19
2.3.2 Conduites addictives chez les hommes et les femmes. ....	21
2.3.3 L'alcoolisme. ....	22
2.3.4 L'alcoolisme chez les hommes et les femmes.....	26
2.3.5 Structures d'accueil existantes pour l'accueil des personnes âgées. ....	27
2.3.6 Le vieillissement et la personne âgée. ....	29
2.4 Concepts pertinents .....	30
2.5 Perspectives et propositions pour la pratique infirmière.....	34
<b>Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier .....</b>	<b>36</b>
3.1 Définition des concepts.....	37
3.1.1 L'alliance thérapeutique et la participation.....	37

3.1.2 Le vieillissement .....	40
3.1.3. L'alcoolisme chez la personne âgée.....	44
3.2 Cadre théorie de Carl Rogers .....	46
3.2.1 Généralités sur l'auteur.....	46
3.2.1 L'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers. ....	46
3.2.2 Les fondements de la théorie. ....	47
3.2.3 Les attitudes du thérapeute. ....	48
3.2.4 Le processus de changement. ....	50
3.2.5 Les conditions du changement. ....	50
3.2.6. Lien avec la question de recherche et le méta paradigme infirmier.....	51
<b>Chapitre 4 : Méthode .....</b>	<b>54</b>
4.1 Méthode PICOT .....	55
4.2 Type de question PICOT .....	57
4.3 Critères de sélection des articles .....	57
4.3.1 Critères d'exclusion.....	58
4.3.2 Critères d'inclusion. ....	58
4.4 Descripteurs de recherche dans les bases de données .....	60
4.5 Articles retenus.....	61
<b>Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion .....</b>	<b>64</b>
5.1 Synthèse des résultats des articles .....	65
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT .....	76
5.3 Perspectives pour la pratique infirmière .....	80

<b>Chapitre 6 : Conclusion .....</b>	<b>84</b>
6.1 Apports du travail de Bachelor .....	85
6.2 Limites .....	86
6.3 Perspectives pour la recherche.....	88
<b>Chapitre 7 : Références.....</b>	<b>90</b>
<b>Chapitre 8 : Annexes .....</b>	<b>96</b>
8.1 Annexe 1 : Tableau 4 : Consommation quotidienne en 2016 .....	97
8.2 Annexe 2 : Liste des manifestations du trouble de l'usage de l'alcool .....	98
8.3 Annexe 3 : Recherche d'articles base de données CINAHL.....	100
8.4 Annexe 4 : Recherche d'articles base de données PsycInfo .....	101
8.5 Annexe 5 : Recherche d'articles base de données PubMed .....	102
8.6 Annexe 6 : Grilles de Fortin.....	103

## Liste des tableaux

TABLEAU 1 : MOTS-CLES PICOT EN LIEN AVEC LA QUESTION DE RECHERCHE .....	56
TABLEAU 2 : DESCRIPTEURS DE RECHERCHE POUR CHAQUE BASE DE DONNEES.....	60
TABLEAU 3 : LISTE DES ARTICLES RETENUS .....	61
TABLEAU 4 : CONSOMMATION QUOTIDIENNE EN POURCENTAGE DE DIFFERENTES SUBSTANCES EN 2016 ...	97
TABLEAU 5 : DESCRIPTEURS ET NOMBRE D'ARTICLES SUR CINAHL .....	100
TABLEAU 6 : RECHERCHES SUR CINAHL.....	100
TABLEAU 7 : DESCRIPTEURS ET NOMBRE D'ARTICLES SUR PSYCINFO .....	101
TABLEAU 8 : RECHERCHES SUR PSYCINFO .....	101
TABLEAU 9 : RECHERCHES SUR PUBMED .....	102

## Liste des figures

FIGURE 1 : CONSOMMATION REGULIERE D'ALCOOL, PAR SEXE ET AGE (2016) .....	18
FIGURE 2 : PYRAMIDE DE SKINNER.....	23

# Abréviations

<b>ACP</b>	Approche Centrée sur la Personne
<b>CC</b>	Collaborative Care : soins axés sur la collaboration
<b>CENEA</b>	Centre Neuchâtelois d'Alcoologie
<b>COROMA</b>	Collège Romand de Médecine et d'Addiction
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
<b>EBN</b>	Evidence Based Nursing
<b>EMS</b>	Etablissement Médico-Social
<b>MET</b>	Motivational Enhancement Therapy : thérapie d'amélioration motivationnelle
<b>MI</b>	Motivational Interview : Entretien motivationnel
<b>OFS</b>	Office Fédéral de Statistique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCT</b>	Supportive Counselling : Thérapie de soutien
<b>SBIRT</b>	Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment
<b>SHADE</b>	Self-Help for Alcohol/other drugs and DEpression
<b>SOMI</b>	Significant Other Motivational Interview : Entretien motivationnel avec un proche
<b>TCC</b>	Thérapie cognitivo-comportementale
<b>TSF</b>	Twelve-Step Facilitation : Thérapie en 12 étapes
<b>WAI</b>	Working Alliance Inventory

# Résumé

**Problématique** : La gestion de l'addiction à l'alcool chez les résident(e)s âgé(e)s de 75 ans et plus est l'un des problèmes complexes que doivent gérer les établissements de soins médico-sociaux (EMS). En effet, l'addiction à différentes substances reste un problème de santé actuel dans la population suisse. Plus spécifiquement, la consommation quotidienne d'alcool est une problématique qui concerne 9.4% de la population. Ce taux tend à augmenter avec l'âge et représente plus de 26.2% chez les seniors de 75 ans et plus. Les comportements addictifs à l'alcool, et notamment chez la personne âgée, entraînent des risques et des répercussions sur l'état de santé. L'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient, ainsi que ses déterminants, vont avoir un impact sur le suivi du traitement et la consommation d'alcool.

**Concepts abordés** : Les différents concepts retenus dans ce travail sont les suivants : l'alliance thérapeutique, la participation du patient, le vieillissement et l'alcoolisme chez la personne âgée. La théorie de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) de Carl Rogers (1951) est un cadre conceptuel en psychologie faisant référence au concept de l'alliance thérapeutique.

**Méthode** : Suite à l'élaboration d'une question de recherche selon la méthode PICOT, quinze articles issus de la littérature dans différentes bases de données scientifiques ont été identifiés afin d'éclairer la problématique de ce travail. Pour se faire, des descripteurs propres à chaque base de données, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis dans le but d'obtenir des études probantes.

**Résultats** : Les résultats des différents articles de recherche ont permis de mettre en avant certains facteurs influençant la consommation d'alcool : la motivation, le retour à domicile, la force d'engagement, le perfectionnisme, le besoin d'approbation et l'alliance thérapeutique. D'autres articles illustrent des facteurs prédictifs d'une alliance thérapeutique efficace tels que la motivation, l'âge du patient, le fait d'avoir un emploi, l'auto-efficacité, la capacité d'adaptation et l'engagement auprès d'un groupe thérapeutique. Encore, plusieurs thérapies probantes pour la prise en charge d'une population dépendante à l'alcool et favorisant l'alliance thérapeutique sont décrites. L'alliance thérapeutique apparaît alors comme une approche pertinente dans la prise en charge des patients présentant des conduites addictives à l'alcool.

**Conclusion** : La conclusion illustre les apports du travail de Bachelor pour les étudiantes ainsi que les éléments qui ont été contraignants ou favorisants dans la réalisation de ce dernier. Les limites sont également présentées avec des recommandations pour la perspective infirmière.



**Mots clés** : alliance thérapeutique, participation du patient, personne âgée, alcoolisme et EMS.

**Key Words**: (therapeutic) alliance, (patient) participation, aged, alcoholics, nursing home.

# Remerciements

Les auteures tiennent à remercier toutes les personnes ayant participé à la réalisation et à l'accomplissement de ce Travail de Bachelor (TB) en leur accordant du temps, du soutien, des conseils et de la bonne volonté. Les étudiantes remercient tout particulièrement :

Monsieur Christian Voirol, leur directeur de TB et professeur HES au sein de la Haute École Arc Santé de Neuchâtel (HE-Arc Santé) pour sa grande disponibilité, son suivi régulier et ses grandes et bonnes connaissances dans de nombreux domaines, notamment la recherche scientifique et la psychologie.

Madame Manon Mendez, infirmière spécialisée en addictologie au Centre Neuchâtelois d'Alcoologie (CENEA) d'avoir accordé du temps personnel en entretien afin de leur apporter de nombreux conseils et pistes sur le sujet des addictions.

Monsieur Marc Stanek et Madame Françoise Schwander, tous deux professeurs chargés d'enseignement au sein de la HE-Arc Santé, d'avoir également accordé de leur temps libre afin de répondre à d'éventuelles questions et d'apporter des conseils pertinents.

Encore, les auteures remercient le personnel de la bibliothèque de la HE-Arc Santé de leur générosité et des recherches effectuées afin de leur fournir des documents utiles.

Finalement, un grand merci aux proches (familles, amis, collègues) d'avoir soutenu les étudiantes tout au long de leur cursus et de la réalisation du TB.

# **Chapitre 1 : Introduction**

Dans le cadre de la dernière année de formation du Bachelor en Soins Infirmiers de la HE-Arc Santé, les étudiantes doivent réaliser un Travail de Bachelor (TB) qui leur permet d'achever leur formation.

Ce travail leur permet, en s'appuyant sur les théories de l'Evidence Based Nursing (EBN), de rechercher dans les bases de données des articles scientifiques représentant des données probantes, afin de répondre à une problématique de santé actuelle formulée en question PICOT. Ce processus est issu d'un raisonnement clinique qui amorce une pratique réflexive dans la discipline infirmière. En tant que futures professionnelles de la santé, la recherche de données probantes et actuelles dans la littérature permettra d'argumenter les pratiques et la mise en œuvre de nouveaux protocoles de prises en soins dans tous les contextes de soins (home médicalisé, hôpital, service extrahospitalier, psychiatrie, etc.).

Ce travail se réalise en plusieurs parties centrales qui sont : la problématique dans laquelle les étudiantes décrivent les différents concepts du métaparadigme et les modes de savoirs infirmiers en faisant un lien avec la thématique. Ensuite, la revue exploratoire permet de synthétiser les différentes recherches réalisées afin d'affiner la question de base du travail de Bachelor.

Le chapitre suivant concerne la définition des concepts et les champs disciplinaires infirmiers, dans lequel un cadre théorique doit également être choisi et qui permet d'éclairer le sujet du travail.

Le chapitre quatre est la description de la méthodologie, dans lequel la question PICOT sera précisée afin de sélectionner des articles dans les différentes bases de données imposées.

Le chapitre cinq est une synthèse des résultats des différents articles retenus pour le travail suite aux analyses avec la grille de Fortin, et la discussion des résultats en mettant en évidence des propositions pour la pratique infirmière. Le chapitre six est la conclusion, avec comme contenu les apports du TB, ses limites et les perspectives pour la recherche. Le chapitre sept consiste à insérer les références et le huit concerne les annexes.

La question initiale de ce travail, choisie par les étudiantes parmi un ensemble de questions de recherche suggérées par des professionnel(le)s de la santé, était « *Comment intégrer des patients présentant des conduites addictives, vieillissants, dans des structures d'accueil existantes pour l'accueil des personnes âgées ?* ». Suite aux recherches menées dans la revue exploratoire dans le chapitre intitulé « problématique », les différentes définitions, statistiques, littératures et également une rencontre avec une professionnelle de la santé spécialisée en addictologie, les étudiantes ont orienté leur réflexion sur une problématique de santé qu'elles pensent actuelle : il s'agit du phénomène d'addiction/dépendance à l'alcool chez la personne âgée de 75 ans et plus vivant en Établissements Médico-Sociaux (EMS).

Il est important pour les étudiantes, en tant que futures professionnelles de la santé, de comprendre les différents enjeux quant à la consommation d'alcool

quotidienne dans les EMS et les impacts négatifs chez les personnes âgées. Ceci en vue de mettre en application des interventions du rôle propre de l'infirmière<sup>1</sup> à l'aide d'outils et d'approches thérapeutiques, afin d'assurer une prise en soins optimale et limiter les risques (chutes, désorientation, mélange alcoolique et médicamenteux, etc.).

---

<sup>1</sup> Le terme « infirmière » concerne autant les individus de sexe masculin que féminin dans ce travail.

## **Chapitre 2 : Problématique**



## **2.1 Choix de la thématique**

Notre choix de question de départ est le suivant : « *Comment intégrer des patients présentant des conduites addictives, vieillissants, dans des structures d'accueil existantes pour l'accueil des personnes âgées ?* ». Cette thématique a retenu notre attention, car à travers cette question, nous avons perçu une problématique de santé actuelle sur laquelle nous pourrions mener notre travail. En effet, selon Addiction Suisse (2018), la société d'aujourd'hui est confrontée à plusieurs conduites addictives, comme énoncé dans le chapitre 2.3 intitulé « revue exploratoire ». Ainsi, en tant que futures professionnelles, nous serons confrontées et devons prendre en soins des personnes présentant des conduites addictives à l'aide d'interventions infirmières concrètes.

Notre premier intérêt pour cette question de départ était surtout axé sur la population toxicomane. En effet, nous avons la croyance que ce type de population vieillissante allait devoir être pris en charge par des structures de santé tels que les EMS et être confronté à une population non-addictive. Nous nous sommes alors interrogées sur la manière dont les professionnels de santé allaient gérer la consommation de drogues illégales et quelles interventions sont, ou pourraient être mises en place.

De manière plus générale, il nous a paru pertinent de savoir quel pourrait être le rôle de l'infirmière face à une personne présentant une addiction, qu'est-ce que la littérature propose en termes de prise en charge et quelles interventions sont mises en place dans les institutions suisses actuellement.

## **2.2 La pertinence en lien avec les savoirs infirmiers**

### **2.2.1 Le métaparadigme infirmier**

Dans ce paragraphe, nous allons faire une brève description des principaux concepts du métaparadigme infirmier ainsi que les modes de savoirs infirmiers.

Selon Fawcett (1984), le métaparadigme fait référence à la manière dont les phénomènes qui concernent les soins infirmiers sont structurés et organisés. Il sert à délimiter les contours de la discipline, c'est-à-dire à préciser ce qui nous intéresse dans celle-ci. Toujours selon le même auteur, il comporte 4 concepts fondamentaux : la santé, l'environnement, les soins infirmiers et l'être humain. Afin de mieux situer ce travail dans la discipline infirmière, nous allons commencer par définir ces différents concepts, pour ensuite les mettre en lien avec la question de départ citée au-dessus.

#### **La santé**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1946) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle est à la fois une valeur et une expérience vécue selon la perspective de chacun. La santé s'intègre ainsi dans la vie de la personne, de la famille ou du groupe qui évolue dans un environnement. Ce métaparadigme s'intéresse aux processus de vie ou de mort de l'être humain.

Selon King (1968 ; dans Pépin, Ducharme & Kérouac, 2010), la santé est une capacité d'ajustement à des éléments stressants dans l'environnement interne et externe de l'individu, en utilisant des ressources de manière optimale, dans le but de promouvoir son meilleur potentiel dans la vie quotidienne et ses rôles sociaux.

Le fait d'ingérer certaines substances nocives peut altérer la santé, voir entraîner des conduites addictives avec des répercussions sur l'organisme en fonction de la fréquence et la quantité de la substance consommée. Ainsi, chaque substance aura ses propres atteintes et conséquences sur la personne. Par exemple, une consommation excessive d'alcool pourrait induire des troubles physiques, mentaux et sociaux.

### **L'environnement**

Ce dernier est un concept qui concerne l'entourage du patient, la famille, les amis, ainsi que son milieu de vie, sa condition socio-économique, ses habitudes de vie, etc.

Il s'agit autant de l'environnement interne qu'externe du patient. Selon Neuman (1974 ; dans Pépin & al., 2010), l'environnement externe est tout ce qui est externe à la personne et qui influe sur sa santé : l'air, l'eau, la chaleur, la lumière, etc. et l'environnement interne est l'état interne de la personne qui réagit à différentes variables tant bien physiologiques, psychologiques, socioculturelles (hôpitaux, maison ou la communauté) que spirituelles. C'est

en somme, tout ce qui gravite autour du patient et qu'il est important de prendre en compte dans sa prise en charge globale.

En effet, selon Addiction Suisse (2018), une dépendance est « une maladie qui a bien souvent des répercussions à plusieurs niveaux. Les plus fréquentes sont l'apparition de tensions au sein du couple ou de la famille, ainsi que des difficultés au travail ».

Dans notre travail, il sera question de personnes souffrants de conduites addictives et vivants dans une institution. À noter que les conditions psychologiques préexistantes et les facteurs socioculturels peuvent avoir un impact dans l'initiation à la consommation de substances et dans la rapidité de la dépendance, la force (symptômes de sevrage, l'envie de consommer) et le type de substances consommées (cannabis, héroïne, etc.) (Mendrek, 2015).

### **L'être humain**

Selon Nightingale (1859 ; dans Pépin & al., 2010), la personne est un être qui peut être malade ou en santé, possédant des caractéristiques physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles. Elle est une entité vivante qui évolue dans son environnement avec une expérience unique et subjective, des émotions, des souvenirs, des aspirations qui concourent à la perception de sa vie. Rogers (1980 ; dans Pépin & al., 2010) conçoit la personne comme un être irréductible, imprévisible, toujours changeant et lié à l'univers. Elle caractérise l'individu comme un « champ énergétique » qui a des *patterns* uniques toujours changeants.

Dans ce paradigme, on va s'intéresser à ce qui arrive à la personne bénéficiaire des soins infirmiers. Il peut aussi s'agir d'individus, de familles, de communautés ou de groupes.

Notre question de base aborde la personne souffrant de conduites addictives et vieillissante. Comme cité plus haut, l'être humain évolue et se mature en vieillissant, mais ceci ne veut pas dire que la personne ne peut pas présenter de conduites addictives.

### **Les soins infirmiers**

Selon Parse (1981 ; dans Pépin & al., 2010) les soins infirmiers sont une science et un art centrés sur l'être l'humain, qui est perçu comme unitaire et en perpétuel devenir. Les soins infirmiers se centrent également sur la qualité de vie des individus en faisant participer la personne à ses expériences de santé.

Selon le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2004), les soins infirmiers ont pour but de :

- « Protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familiale ou sociale. »
- « De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions. »

- « De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes. »
- « De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs. »

Dans notre travail, il sera question de comprendre les interventions infirmières face à cette population et d'utiliser les outils à disposition afin de d'accompagner les patients souffrant de conduites addictives.

### **2.2.2 Les modes de savoirs**

Pour les modes de savoirs infirmiers, nous nous sommes basées sur les définitions selon Carper (1978) et Chinn et Kramer (2008, 2011).

#### **Le savoir personnel**

Selon Carper (1978), le savoir personnel est difficile à maîtriser et à enseigner. Il fait référence à la connaissance de soi-même (Pépin & al., 2010). Lorsque le savoir personnel est bien développé, il permet l'ouverture aux autres. Les interactions, à travers les relations, vont enrichir à leur tour l'expérience de l'infirmière et lui permettre de s'imprégner des situations vécues (Chinn & Kramer, 2008). Ainsi, nous allons apprendre à nous connaître à travers les situations que nous rencontrons et en apprenant des autres.

Il requiert la capacité de se regarder soi-même tel que nous sommes et non pas comme les autres souhaiteraient que l'on soi, et de regarder le patient

de la même manière, c'est-à-dire une personne à part entière, unique et singulière. L'infirmière doit avoir conscience de ses propres émotions et de reconnaître que certains aspects pourraient la toucher. Elle va apprendre à les accepter, à les faire grandir et se questionner et à prendre du recul afin de développer la connaissance de soi. Ceci dans le but d'aller à la rencontre des autres de manière authentique et savoir comment faire pour prendre une situation en charge en fonction des émotions qu'elle provoque en nous (Pépin & al., 2010).

Au regard de la problématique de ce travail, l'infirmière, à travers sa pratique, sera confrontée à des situations de soins dans lesquelles elle va rencontrer des personnes ayant des conduites addictives. Elle devra apprendre à reconnaître ce qui peut et/ou pourrait la toucher dans le récit de ces personnes, et ainsi apprendre à mieux se connaître elle-même. Les patients devront être pris en charge en tant qu'êtres à part entière, sans que les jugements et les émotions ne portent préjudice à l'infirmière mais l'aide à avancer.

### **Savoir éthique**

Selon Carper (1978), le savoir éthique exige la compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est juste et bon, et de ce qui est souhaitable pour la personne. Il rejoint un processus créatif, conscient et raisonné qui permet de clarifier les valeurs et explorer les alternatives lors d'une prise de décision (Chinn & Kramer, 2011).

Ce savoir parle de ce qui peut être fait sur le plan moral, de ce qui est juste et responsable. Il englobe les codes éthiques et déontologiques ainsi que les valeurs morales et sociales. Plus nous avons de connaissances sur les normes et les valeurs sociales, plus nous pouvons émettre des questionnements sur les principes. L'idée est de respecter les valeurs humaines, valoriser la bienveillance et la bienfaisance et respecter le choix d'un individu en toute dignité (Chinn & Kramer, 2011).

Dans notre travail, il sera question dans ce mode de savoir de respecter les valeurs de la personne et le non-jugement de sa situation personnelle et de ses conditions de vie. Il s'agit également du maintien du secret professionnel et des droits des patients. Ainsi, il est important pour l'infirmière de ne pas discriminer la personne en la catégorisant ou en la stigmatisant (par exemple, pour le patient qui souffre d'une conduite addictive et qui n'arrive pas à arrêter malgré les risques encourus).

### **Le savoir esthétique**

Toujours selon Carper (1978), le savoir esthétique est une appréciation profonde de la signification d'une situation plutôt que sa connaissance, ce qui nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre afin de rendre possible ou transformer une situation. Encore, il explique que les infirmières s'imprègnent des différentes situations auxquelles elles sont confrontées, et la proximité entre ces dernières et le patient fait ressortir le savoir esthétique.



La mobilisation du savoir esthétique signifie que l'infirmière sait reconnaître que chaque personne est unique, ce qui lui permettra comprendre le sens profond de la situation. En comprenant ce sens vécu par le patient ou même les proches, ceci permet à l'infirmière d'assurer des surveillances et des soins optimaux. Ce savoir est également lié aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière telles que la délicatesse d'un geste, l'intensité d'une interaction ou encore la coordination des soins. (Pépin & al., 2010).

En lien avec ce travail, et au regard du savoir esthétique, l'infirmière va chercher à comprendre ce que signifie pour le patient ses conduites addictives, ce qui le pousse à consommer, comment il a commencé et le sens profond de sa situation afin de le rejoindre dans ce qu'il vit. Ainsi, le patient peut avec le soutien et l'aide de l'infirmière modifier cette situation. Pour ceci, une relation de confiance est importante afin qu'il puisse se livrer sur ce problème. Cela demande également de l'imagination de la part de l'infirmière afin de le rejoindre dans l'instant présent sans jugement.

### **Le savoir empirique**

Selon Carper (1978), le savoir empirique fait référence aux connaissances théoriques et à la recherche qui nous permettent d'expliquer et de prédire des phénomènes ainsi que de les explorer et les comprendre. En outre, il nous permet d'être sûr que ce que nous pratiquons est relié à des connaissances scientifiques et théoriques.

Ce savoir est basé sur des méthodes quantitatives et qualitatives qui permettent ainsi de le développer. Il fait aussi référence à ce que l'infirmière voit, touche et entend. (Chinn & Kramer, 2011). Lechasseur, Lazure, et Guilbert (2011 ; dans Gagnon, Lechasseur & Milhomme, 2014), nomment par ailleurs ce savoir comme étant le « savoir scientifique » faisant référence aux éléments qui le composent provenant de la recherche. Les connaissances issues de ce savoir vont donc permettre à l'infirmière de faire des liens entre ce qu'elle observe et ce qu'elle connaît et ainsi appliquer une pratique de soins compétente lors d'une situation de soins vécue.

Le savoir empirique est intéressant au regard de la problématique de ce travail. En effet, l'infirmière pourra se baser sur ses connaissances théoriques et pratiques et ses recherches annexes (littérature, bases de données, etc.) afin de répondre aux besoins de personnes présentant des conduites addictives et ainsi les encadrer dans un programme de prises en charge adéquat (relationnel, outils, conseils, suivi, intégration, etc.).

### **2.3 La revue exploratoire de la littérature**

Au départ, un cours reçu sur les addictions a permis de répondre à certaines questions primaires. Par exemple, au niveau de la prise en charge des personnes toxicomanes dans le canton de Neuchâtel, ce cours a orienté nos recherches. Il en est ressorti que peu de personnes qui consomment des drogues tels que du cannabis, de la cocaïne ou de l'héroïne arrivaient en âge

d'entrer dans un Établissement Médico-Social (EMS), ou alors suivent des cures de désintoxications dans des établissements spécialisés avant d'être pris en charge. Seuls quelques établissements en Suisse alémanique prennent en charge cette population spécifique qui reste trop restreinte. Il y a donc peu d'intérêt pour ce travail de conduire nos recherches dans cette direction-là.

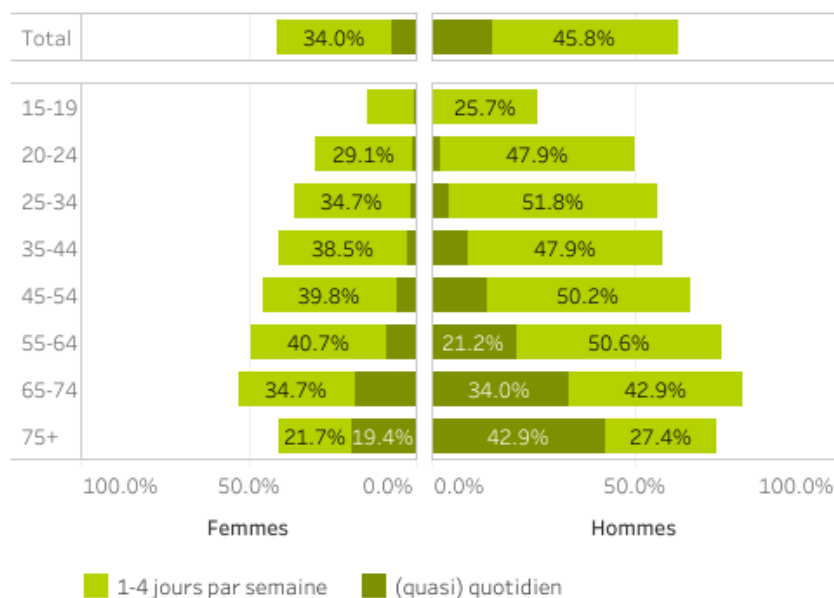
L'addiction aux médicaments, plus précisément les antalgiques de palier 2 ou 3 de la classification de l'OMS (1987) (sachant qu'il existe trois paliers de famille d'antalgiques en fonctions de l'intensité des douleurs), a attiré notre attention et a été le fruit de plusieurs recherches. Un reportage qui pointait cette problématique en Amérique, a été un des supports dans nos approfondissements. Mais suite à des investigations spécifiques à la Suisse, cette problématique a été éliminée car elle nous semble être un problème mineur dans notre pays. En effet, la difficulté d'accès à des stupéfiants et la mise en place de plusieurs mesures préventives face au risque d'addiction restreignent la consommation d'antalgiques dans notre pays. Le manque d'informations et d'articles scientifiques ont également été des motifs de renoncement à l'étude de cette problématique.

Dès lors, nos recherches ont été reprises depuis le début, et de manière plus large. Afin de mieux comprendre le sujet et de mieux le cibler, des données épidémiologiques sur plusieurs addictions ont été sélectionnées dans le monitoring suisse des addictions « *Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2016* » (Gmel, Kuendig, Notari & Gmel, 2017). Les chiffres exposés dans ce rapport ont été obtenus grâce à une étude suisse

qui a été réalisée par Addiction Suisse sur une population de 15 ans et plus. Ces données ont révélé que pour l'ensemble de la population, la consommation quotidienne d'héroïne s'élève à 0.7%, celle de la cocaïne à 4.2%, celle du cannabis à 33.8%. Parallèlement, la consommation d'alcool est de 9.4%. Cette dernière augmente avec l'âge, en passant de 0.3% chez les individus de 15-19 ans à 26.2% chez ceux de 75 ans et plus. A l'inverse, elle a tendance à diminuer avec l'âge pour les autres substances citées ci-dessus (Cf : Annexe 1 : Tableau 4 : Consommation quotidienne en pourcentage de différentes substances en 2016, p.97). Cette constatation, ainsi que d'autres recherches globales, ont permis d'orienter ce travail vers la consommation d'alcool, car elle apparaît comme un problème majeur et actuel, notamment chez les seniors (Gmel, Kuendig, Notari & Gmel, 2017).

Encore, Addiction Suisse (2017), nous démontre pour l'année 2016 que la consommation annuelle par habitant en Suisse est de 7,9 litres d'alcool pur. 89,2% des hommes et 82,6% des femmes de 15 ans et plus consomment occasionnellement de l'alcool. Le nombre d'hommes consommant quotidiennement (12,5%) est supérieur à celui des femmes (6,5%). Finalement, seulement 14,2 % de la population suisse se disent abstinents.

### Consommation régulière d'alcool, par sexe et âge (2016)



Remarque: Population suisse âgée de 15 ans et plus.

Source: CoRoIAR (Gmel et al., 2017)

*Figure 1 : Consommation régulière d'alcool, par sexe et âge (2016)*  
Repéré à : Suisse Addiction (2017), le 13 avril 2018

Via ce diagramme nous pouvons observer que la consommation totale atteint son apogée autant chez la femme que chez l'homme entre 65 et 75 ans. Ceci indique que la population âgée est la plus touchée par la consommation d'alcool, et donne également une idée des rôles que peuvent jouer les établissements qui accueillent cette population.

Dans le but de poursuivre les recherches et de récolter des informations précises pour le canton de Neuchâtel, l'intervenante externe du Centre Neuchâtelois d'Alcoologie (CENEA) qui était intervenue lors du cours sur les addictions a été contactée, et un entretien a eu lieu. Il en est ressorti que l'alcool est un problème actuel dans les EMS qui est souvent banalisé par le

personnel soignant. Depuis peu, des mesures ont été progressivement mises en place afin de faire face à cette problématique, notamment des formations afin d'informer les soignants et de donner des outils de dépistage et de prise en charge. Ces formations sont offertes depuis 2017 dans le canton de Neuchâtel et sont organisées par le CENEA en collaboration avec d'autres plateformes.

Dans la continuité des recherches épidémiologiques, des définitions ont été recherchées et sélectionnées afin d'appréhender les principaux concepts qu'on retrouve dans la question de base, dans le but d'obtenir une meilleure compréhension des thèmes dans leur globalité. Ces concepts sont les conduites addictives et plus précisément l'alcoolisme, le vieillissement ainsi que les structures d'accueil existantes pour l'accueil des personnes âgées.

### **2.3.1 Conduites addictives**

Tout d'abord, il semble intéressant de définir ce qu'est une conduite addictive. Dans certaines littératures, il existe une distinction entre la définition de l'addiction et celle de la dépendance.

Goodman (1990), définit l'addiction comme étant :

Un processus par lequel un comportement initial visant la production de plaisir ou l'atténuation d'une sensation de malaise devient incontrôlé, irrésistible et poursuivi en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives sur la vie sociale et la santé liée à un apprentissage pathologique et est caractérisée par des comportements automatisés et compulsifs et qui ne sont plus d'ordre de décision consciente.

Le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA) (2009) définit la dépendance comme étant :

Une situation dans laquelle l'individu ne peut plus se passer d'un produit psychoactif et est caractérisée par des symptômes de manque manifestes lors de l'arrêt de la consommation et qui peuvent être psychologiques (malaise, angoisse, état dépressif) ou physiques (douleurs, nausées, diarrhées).

Ainsi selon cette définition, l'individu poursuit sa consommation de la substance afin d'éviter d'éprouver les sensations désagréables liées à l'arrêt de cette dernière et causées par un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique de l'individu dû à la consommation récurrente de substances. A contrario, en référence à la définition selon Goodman (1990), l'addiction est une maladie caractérisée par un processus d'apprentissages pathologiques qui peut être comportementale (jeux, internet, etc.) ou liée à une substance.

Afin d'aller plus loin dans nos recherches, nous nous sommes intéressées à la définition des conduites addictives selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5 (Psychiatric Association American, 2015). Dans ce dernier, les conduites addictives sont référencées sous le terme de « troubles liés à une substance » et plus particulièrement « troubles de l'usage d'une substance ». Il définit ce trouble tel qu'un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux, et physiologiques qui indiquent que la personne continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs y reliés.

### **2.3.2 Conduites addictives chez les hommes et les femmes**

Au terme de ces définitions, il nous a paru intéressant d'analyser la littérature afin de vérifier s'il existe une différence entre les sexes. Les recherches actuelles indiquent que les femmes seraient plus sujettes à devenir dépendantes ainsi que de présenter des conséquences physiologiques et psychologiques reliées que les hommes. De plus, il serait plus difficile pour elles de se détacher d'un comportement dépendant et d'entrer dans un programme de désintoxication. Aussi, certaines caractéristiques, comme l'âge de l'initiation à la consommation, l'augmentation de la consommation et la quantité sont également différentes selon le sexe de l'individu (Mendrek, 2015).

Les individus de sexe masculin sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risques dans l'expérimentation des drogues, et ce principalement pour le renforcement positif (consommation de drogue qui a pour but de renforcer l'euphorie, augmenter l'énergie ou la concentration). De leur côté, les individus de sexe féminin consomment des substances plutôt pour atténuer le stress, l'anxiété et la douleur physique ou psychique, ce qui a un impact sur une progression plus rapide vers la dépendance (Mendrek, 2015).

Globalement, et en référence aux critères du DSM-5, plus d'hommes que de femmes font face à des dépendances et des abus de substances. Mais, en faisant un focus sur les substances séparément, il est démontré que plus d'hommes sont dépendant à l'alcool et au cannabis et que les femmes sont



plus dépendantes à la cocaïne et aux drogues psychothérapeutiques (Mendrek, 2015).

Suite à ces informations, nous remarquons qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes en matière de conduites addictives. Néanmoins, nous décidons de ne pas choisir un genre de sexe en particulier afin d'établir notre question PICOT, pour éviter de restreindre nos recherches.

### **2.3.3 L'alcoolisme**

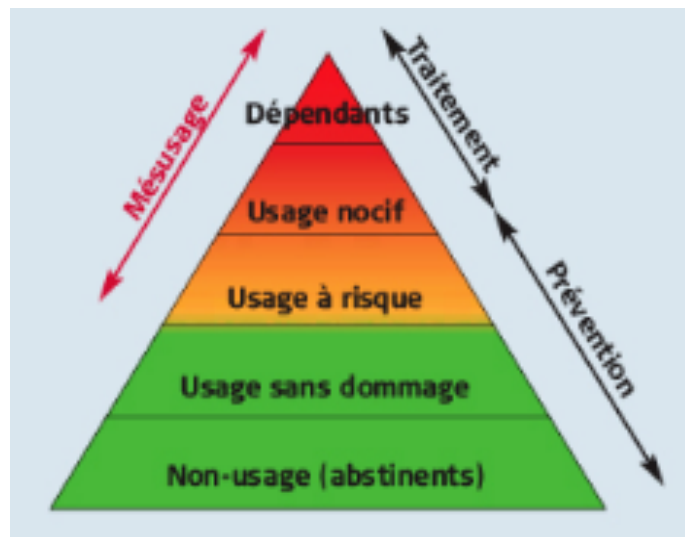
À toute époque de l'histoire suisse, la consommation de boissons alcooliques a été présente, mais cette thématique n'a été abordée comme problème social qu'à partir de 1815. De là, la notion d'alcoolisme comme maladie a vu le jour au début du 19<sup>e</sup> siècle (Addiction Suisse, 2018).

En se référant aux différents troubles cités par le DSM-5 (Psychiatric Association American, 2015), l'alcoolisme est présenté comme le trouble de l'usage de l'alcool et est défini comme tel :

« Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois. » (Cf : Annexe 2 : Liste des manifestations du trouble de l'usage de l'alcool, p.98).

Selon Addiction Suisse (2017), les hommes en bonne santé ne devraient pas excéder une consommation de deux verres standards par jour et les femmes un verre. Occasionnellement, une consommation d'alcool plus

excessive ne devrait pas aller au-delà de cinq verres pour les hommes et quatre pour les femmes. De plus, il est recommandé de ne pas boire d'alcool pendant au moins deux jours par semaine. Le terme de verre standard signifie, entre autres, la quantité d'alcool habituellement servie, soit 10-12 gramme d'alcool pur (un petit verre d'alcool fort de 0.3 dl est égal à un verre de vin de 1dl ou une bière de 33 dl). Des précautions supplémentaires doivent s'appliquer aux adolescents de moins de 18 ans, aux malades et aux personnes sous traitement (impacts sur la maladie, interactions indésirables entre les substances) et aux personnes âgées plus sensibles aux effets de l'alcool (Consommation d'alcool, 2018).



*Figure 2 : Pyramide de Skinner*  
 Alcool : usage, mésusage et dépendance.  
 Repéré à Stop-alcool (2018), le 15 juin 2018

Comme indiqué sur la pyramide de Skinner (Figure 2), la zone de mésusage représente une consommation d'alcool pouvant avoir des répercussions

physiques, sociales et/ou psychiques dans la vie de l'individu. Elle comprend trois catégories :

Premièrement les usages à risque représentent un abus ponctuel d'alcool et un risque d'entraîner des conséquences à plus ou moins long terme. Il est toutefois complexe de déterminer quelle consommation est à risque, car elle dépend de l'état de santé générale de la personne. Deuxièmement, les usages nocifs désignent les abus répétés, ainsi que des répercussions physiques et/ou psychiques et sociales dans la vie de la personne (reproches, retrait de permis, etc.). Et troisièmement, la dépendance qui est l'ensemble de manifestations comme mentionné précédemment (Stop-alcool, 2018).

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de la consommation d'alcool. Ce sont par exemple, des facteurs génétiques, l'âge de l'individu, ses premières expériences, son environnement, sa culture, l'appartenance à un groupe, ainsi que les traits de personnalité de l'individu. Il est possible de définir deux types de traits de personnalité. Pour commencer, les personnes qui vont chercher un effet de « plaisir », c'est-à-dire rechercher des sensations fortes, de nouvelles expériences, ce sont des personnes qui ont un faible évitement du danger. À l'inverse certaines personnes vont chercher l'effet d'«apaisement» lors de la consommation. Ce sont des personnes qui ont une faible estime d'elles-mêmes, des difficultés relationnelles et qui ont des réactions émotionnelles excessives (COROMA, 2009).

Le processus addictif peut être expliqué selon plusieurs points de vue. Premièrement de manière psychanalytique, l'abus d'alcool constituerait une

réponse adaptative face à une régulation des réponses émotionnelles défaillante ou à une souffrance psychique, ce qui permettrait une diminution de la détresse psychologique. Selon le deuxième point de vue qui est systémique, l'addiction serait un symptôme qui démontre un dysfonctionnement au sein des relations intrafamiliales, et ceci concernerait tout le cercle familial (Reynaud, 2008). D'un point de vue cognitivo-comportemental, le processus addictif s'effectue selon différents principes d'apprentissage tels que le conditionnement classique qui est le déclenchement d'une réponse par association ; le conditionnement opérant qui explique que les apprentissages d'actions sont renforcés positivement ou négativement par leurs conséquences ; et encore l'apprentissage social par modélisation qui démontre que les représentations et les systèmes de croyances de l'individu régissent les comportements de ce dernier. Et pour finir, la neuroscience apporte le point de vue biologique, avec le circuit de la récompense qui est biaisé au niveau neuronal. La neuroscience considère l'addiction comme une maladie chronique avec des périodes de crise mais également de rémission (Cottraux, 2006).

Le psychiatre Oliverstein (1983) qui est à l'origine des conceptions contemporaines de l'addiction propose un modèle bio-psycho-social qui rejoint les différents points de vue. Il explique que : « La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité. Ce sont là trois dimensions également constitutives. »

En regard de l'activité de la Confédération suisse (Fische & Telser, 2014) et vis à vis de cette problématique, l'alcoolisme représente un coût national de 4'224 millions de francs en 2010. C'est pourquoi une politique suisse en matière de drogues a été mise en place. Elle consiste en 4 piliers : la prévention, le traitement, la réduction des risques et l'aide à la survie et pour terminer, le contrôle et la répression.

### **2.3.4 L'alcoolisme chez les hommes et les femmes**

Les individus de sexe masculin présentent des consommations et des abus d'alcool plus élevés que les femmes. Néanmoins, l'intervalle de temps entre l'initiation à l'usage de la substance et le commencement des problèmes qui y sont reliés est plus court pour les individus de sexe féminin que masculin. Ces différences sont reliées à des facteurs neurobiologiques, socio-économiques, psychologiques et culturels, comme par exemple la présence d'un pourcentage d'eau moins élevé et un métabolisme de l'alcool moins rapide chez le sexe féminin. De plus, comme mentionné auparavant, les femmes ont plus tendance à consommer de l'alcool en réponse au stress et aux émotions négatives et sont plus susceptibles d'être confrontées à des troubles psychologiques reliés à la consommation, contrairement aux hommes qui recherchent un sentiment positif. En conclusion, les études actuelles démontrent que l'écart entre les hommes et les femmes et l'abus de consommation tend à diminuer. (Mendrek, 2015).

### **2.3.5 Structures d'accueil existantes pour l'accueil des personnes âgées**

Le terme « structures d'accueil », peut regrouper plusieurs types d'institutions telles que des structures intermédiaires ou des formes d'habitat institutionnel. Dans une brochure de Curaviva, l'Association des Homes et des Institutions Sociales Suisse propose une qualification de ces différentes structures d'accueil. Tout d'abord, la première catégorie est le maintien des personnes à domicile dans des logements adaptés, avec ou sans prestations de soins externes. La population restant à domicile est prise en charge par les infirmières des soins à domicile. Ce qui pour notre thématique, ne nous semble pas être un suivi assez constant pour pouvoir mettre en place des interventions infirmières face à des problèmes d'addiction sur un long-terme (Ankers, 2015).

Situées entre le maintien à domicile et une entrée dans un EMS, les structures intermédiaires sont divisées en trois sous types de structures : les logements individuels, les formules d'accueils temporaires (incluant les foyers de jour et les courts séjours) et les communautés privées d'habitation. Le but de ces structures est d'éviter, ou du moins retarder, l'entrée en EMS pour des personnes en situation de fragilité mais pouvant vivre de manière plus ou moins autonome. Les structures intermédiaires ne proposent, dans la majorité des cas, pas de suivi médical ou alors qu'à court terme. Ainsi et par exemple, si des soins sont nécessaires, ils sont prodigués par les intervenants des soins à domicile. Pour ce travail, nous n'allons pas approfondir nos recherches sur

les structures intermédiaires car les soins ne sont pas sur un long suivi (Ankers, 2015).

L'Association des Homes et des Institutions Sociales Suisse définit trois sous-groupes d'habitats institutionnels : les maisons pour personne âgées, le long séjour en EMS et les appartements avec encadrement médico-social. Les maisons pour personnes âgées sont, contrairement aux deux autres formes d'habitats, destinées à des personnes n'ayant pas nécessairement besoin de soins très importants et qui sont fournis par un service de soins à domicile interne ou externe. Ceci, nous a permis de ne pas retenir ce type d'institution pour notre problématique. A l'inverse, l'offre de soins fournie par l'équipe soignants dans les EMS ou les appartements avec encadrement médico-social est ce qu'on recherchait pour l'élaboration de ce travail (Ankers, 2015).

La population cible de ces institutions correspond à nos recherches précédentes, et il serait plus facile d'observer l'offre en soins proposée face aux problèmes d'addiction et leurs résultats sur une longue durée. Dans le canton de Neuchâtel, il n'existe qu'une seule structure d'appartements médico-sociaux contrairement à un nombre plus important d'EMS. De ce fait, nous choisissons d'approfondir nos recherches sur ces derniers.

Dès lors, il est pertinent de définir ce que sont les établissements médico-sociaux et la population accueillie. Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) (2017), les EMS sont des institutions qui accueillent des personnes âgées et/ou des malades chroniques nécessitant des soins pour une longue durée.

La Suisse compte en 2016 un total de 1'552 EMS. Le public concerné est :

Les personnes âgées nécessitant des soins et un accompagnement conséquent, et devant pouvoir y faire appel à toute heure du jour ou de la nuit en cas de besoin, y compris celles présentant des troubles psychiatriques liés à l'âge (troubles de l'humeur, anxiété, psychoses de l'âge avancé), ou atteintes de maladies psychiatriques chroniques et qui ont vieilli avec leur maladie, mais pour autant que leur état et comportement soit compatible avec la vie en collectivité (Ankers, 2015).

### **2.3.6 Le vieillissement et la personne âgée**

Dans la littérature, il existe différentes tranches d'âge catégorisant la personne âgée. Dans leur ouvrage, Bee et Boyd (2011) définissent trois catégories d'âge, après avoir décrit celles allant des débuts de la vie à l'adolescence. Il s'agit du jeune adulte (20 à 40 ans), l'âge adulte moyen (40 à 65 ans) et l'âge adulte avancé (65 ans et plus) avant de citer la mort et le deuil. Encore, Levinson (1978 ; dans Houde, 1999) catégorise la transition vers la vieillesse entre 60 ans et 65 ans avec un certain nombre des tâches associées à celle-ci.

La littérature souligne que le processus de vieillissement et son rythme sont variables d'un individu à l'autre. En gérontologie (étude scientifique du vieillissement), trois sous-groupes catégorisent les personnes d'âge avancé : le troisième âge (65 à 75 ans), le quatrième âge (75 à 85 ans) et le cinquième âge (85 ans et plus) (Bee & Boyd, 2011).

Une définition actuelle du vieillissement est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2018) : « le vieillissement est un phénomène planétaire.



La population de 60 ans ou plus est celle qui augmente le plus vite. Il reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques. »

Selon l'OFS (2017), le nombre de personnes âgées vivant dans un EMS augmente avec l'âge et le sexe. Les statistiques démontrent que pour la catégorie de 60-69 ans, il y a 3'979 hommes et 4'171 femmes. Pour celle des 70-79 ans, il y a 10'662 hommes et 14'902 femmes par rapport à 21'572 hommes et 48'306 femmes pour les 80-89 ans. Finalement, on compte 11'366 hommes et 38'008 femmes pour les 90 ans et plus. Nous observons ainsi que le plus grand nombre de personnes institutionnalisées se trouve dans la catégorie des personnes ayant entre 80 et 89 ans. Au total, la Suisse compte 50'102 hommes et 107'614 femmes résidant dans un home médicalisé.

En vue des statistiques par rapport à la consommation d'alcool ainsi que des personnes vivant en établissement médicosocial citées précédemment, il a été pertinent pour nous de cibler la population qui se trouve dans la tranche d'âge de 75 ans et plus.

## **2.4 Concepts pertinents**

Suite aux différentes recherches effectuées, nous avons défini les concepts pertinents en regard de notre travail. Le premier concept de notre question de base est celui des conduites addictives. Suite à nos recherches, nous avons remarqué qu'il existait une distinction entre la définition du terme d'«addiction» et de «dépendance» dans la littérature et que ces derniers sont utilisés de manière aléatoire, bien qu'ils répondent au même concept. Nous

avons parallèlement identifié que diverses substances pouvaient être impliquées dans les mécanismes addictifs. Il s'agit notamment du cannabis, du tabac, de cocaïne et d'opioïde. La recherche exploratoire nous a permis de mettre en évidence que la consommation d'alcool quotidienne est significative et représente 9.4% de la population (Addiction Suisse, 2017). Nous nous sommes donc orientées vers l'alcoolisme comme concept définitif, tenant compte des statistiques pertinentes.

En tant que second concept, les EMS nous ont paru être les structures d'accueil les plus adaptées et ont été retenus pour la suite de l'élaboration du travail. En effet, ce type d'institution propose une offre en soins qui permet d'avoir un suivi sur le long terme des clients (Ankers, 2015). Ceci nous permettrait d'identifier les interventions infirmières proposées tels que le dépistage, la cure et le suivi et dans le cas échéant, voir ce qui pourrait être mis en place.

Selon notre expérience dans la pratique, la consommation d'alcool chez la population âgée est un sujet tabou et souvent peu investigué par les professionnels de la santé, ce qui pourrait compliquer le dépistage et la prise en charge optimale. Dans l'avancée de ce travail, nous avons choisi comme troisième concept la personne âgée de 75 ans et plus. Nos recherches démontrent que la population en home médicalisé augmente avec l'âge et que le plus grand nombre de personnes âgées institutionnalisées se trouve dans la tranche d'âge de 80 à 89 ans (OFS, 2017). Nous avons également constaté que la consommation d'alcool quotidienne chez la population de 75 ans et plus

représente 19.4 % pour les femmes et 42.9 % pour les hommes (Addiction Suisse, 2017). Ainsi, nous avons retenu cette dernière population par rapport au nombre de personnes vivant en EMS à partir de cette tranche d'âge et en se rapportant aux statistiques de consommation d'alcool.

Au vu de tout ce qui précède, notre question de départ qui était « *Comment intégrer des patients présentant des conduites addictives, vieillissants, dans des structures d'accueil existantes pour l'accueil des personnes âgées* » se précise et devient : « *Quelles sont les interventions infirmières efficaces pour gérer l'addiction auprès des personnes alcooliques de 75 ans et plus accueillies en EMS* ».

Cette question nous est apparue encore large, notamment en ce qui concerne les différentes interventions infirmières, et peu ciblée pour la continuité de ce travail et les recherches dans les bases de données. Nous avons ainsi entrepris de nouvelles réflexions afin de la préciser. Nos différentes expériences pratiques, notre cursus et les situations de soins rencontrées, notamment dans nos stages réalisés en psychiatrie, nous ont permis de souligner l'intérêt de la relation entre le soignant et le soigné dans la prise en charge de personnes souffrant d'addiction. En effet, nous avons remarqué qu'une des interventions infirmières centrale est la création du lien thérapeutique avec le patient afin de permettre un suivi et la mise en place d'objectifs et de mesures thérapeutiques sur le long terme avec ce dernier. Ainsi, cette constatation met en évidence l'importance de l'alliance thérapeutique, qui devient notre quatrième concept pertinent.

Nous avons ensuite interagi avec notre directeur TB sur les différents éléments identifiés dans la problématique. De nouveaux éléments nous sont apparus pertinents et une nouvelle piste de recherche a émergé : « *Le dépistage des patients de 75 et plus présentant une addiction à l'alcool dans les EMS dans le but de mettre en place un suivi/alliance thérapeutique avec le patient* ».

Suite à ces derniers éléments, nous avons cherché dans la littérature ce que sous-entendait le terme d'alliance thérapeutique et nous avons trouvé qu'elle est intimement reliée à la notion de relation soignant et soigné. Une distinction existe entre le terme d'interaction et celui de relation. Ainsi, l'interaction suppose des rencontres significatives et ponctuelles entre deux personnes qui vont échanger entre elles. À l'inverse, la relation est plus abstraite et implique des facteurs cognitifs, émotionnels et affectifs englobant la sphère de la sociabilité humaine (Formarier, 2007). Ceci nous apparaît fondamental dans la prise en soins de personnes souffrant d'addiction.

Notre question de recherche prend la forme finale de :

**« *Comment les déterminants de la participation de la personne âgée de 75 ans et plus, alcoolique et résidant en établissement médico-social (EMS), influencent-ils l'alliance thérapeutique ?* ».**

Celle-ci nous permet d'identifier les différents éléments de la question PICOT:

P : La personne âgée alcoolique en EMS

I : Les déterminants de la participation du patient

O : L'alliance thérapeutique

## **2.5 Perspectives et propositions pour la pratique infirmière**

Au terme de la problématique, nous identifions plusieurs intérêts pour la discipline infirmière qui émergent suite aux recherches effectuées, notre expérience dans la pratique et un entretien avec une professionnelle de la santé spécialisée dans la dépendance rencontrée au CENEA, Madame Manon Mendez.

En premier lieu, la population est de plus en plus vieillissante et comme le démontrent les statistiques décrites dans la problématique, elle est également confrontée à la dépendance à l'alcool. Notre rencontre avec Madame Manon Mendez, nous a permis de récolter de plus amples informations concernant les prises en soins, encore peu reconnues, des personnes âgées souffrant d'alcoolisme que nous allons rencontrer dans notre pratique et devoir prendre en charge de manière optimale.

Ce travail nous permettrait de mesurer les lacunes quant à la prise en charge des personnes souffrant d'alcoolisme dans les institutions. Il nous paraît également pertinent de voir dans quelle mesure le personnel soignant

s'investit dans le suivi de personnes aux conduites addictives et comment l'institution soutient cette démarche et quel est son rôle. Le but étant de pouvoir mettre en place de nouvelles interventions ciblées et ainsi soutenir les infirmières dans des situations complexes soulevant un questionnement éthique. Finalement, les recherches d'articles dans la littérature scientifique nous permettraient d'identifier les outils qui pourraient être mis à disposition des soignants afin de les guider au mieux dans les prises en soins de personnes alcooliques. L'infirmière, dans son rôle propre, est proche du patient et réalise un suivi sur le long terme, ce qui lui permet de créer un lien thérapeutique avec celui-ci et de guider ses interventions en faveur de son bien-être et de sa santé.

# **Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier**

### **3.1 Définition des concepts**

Il est important d'explorer en profondeur tous les concepts retenus à la fin de la problématique afin de permettre une meilleure compréhension.

#### **3.1.1 L'alliance thérapeutique et la participation**

Selon Bioy et Bachelart (2010), l'alliance thérapeutique peut se définir comme étant « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs ».

Cette notion a d'abord été définie par Sigmund Freud, pour qui elle signifiait « un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute, qui permettait de développer avec le client des intérêts et obligations réciproques ». Selon le même auteur, la relation soignante-soignée devrait être forte. Mais c'est grâce à Carl Rogers et ses principes, que l'alliance thérapeutique fut adaptée aux soins infirmiers psychiatrique, en toxicomanie et en somatique. Selon lui, l'alliance thérapeutique est « la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être ». En d'autres termes, Rogers, par son Approche Centrée sur la Personne (ACP), a pu mettre en exergue que la qualité de la relation avec le bénéficiaire de soin est primordiale. Cette relation se traduit par l'écoute, le non-jugement, l'authenticité et surtout l'empathie, c'est-à-dire le fait de se représenter ce que vit l'autre (Phaneuf, 2016).



Carl Rogers postule également que chaque individu a en lui le potentiel pour trouver sa propre réponse à ses difficultés rencontrées. Mais, la personne dont les forces sont diminuées, la volonté et les capacités affaiblies par la maladie, la toxicomanie et d'autres problématiques, ne peut y parvenir seule. Lorsque les soignants sont confrontés à des individus touchés par la maladie qui n'arrivent pas à faire face à cette dernière, leur rôle propre est de les aider à trouver les outils nécessaires pour y parvenir. L'aide apportée se centre particulièrement sur le potentiel de l'individu et va lui permettre de faire émerger une capacité existante. Le soigné a besoin de la compréhension empathique, la force motivationnelle et le soutien de la soignante au sein d'une alliance bienveillante (Consoli, 2006 ; Phaneuf, 2016).

Suite à ces premières définitions, le sujet peut être abordé plus profondément. L'alliance thérapeutique repose sur deux composantes complémentaires : La composante générale qui fait référence au sentiment, pour le patient, d'être écouté, pris en considération, compris, soutenu, encouragé et aidé par son thérapeute. Pour le thérapeute, cette dernière correspond au sentiment de pouvoir comprendre, éprouver de la sympathie et pouvoir aider son patient. Quant à la composante spécifique, elle concerne chaque pathologie ou chaque projet thérapeutique. Elle recouvre la notion de consensus à l'égard des objectifs à atteindre et des moyens à utiliser pour y parvenir. Ceci inclut l'esprit de négociation et la série des concessions qui doivent être consenties, de part et d'autres, pour arriver à une position de compromis acceptable. Cette composante englobe également la notion

de transfert de compétences, visant à une responsabilisation et à une autonomisation progressive du patient. (Consoli, 2006).

Enfin, le processus de l'alliance thérapeutique se décline en quatre étapes. La première se focalise sur le rôle du soignant et la deuxième sur celui du patient. La troisième concerne la relation thérapeutique et la quatrième l'amélioration de la problématique du patient. Il en ressort que la participation du soignant et du patient est essentielle afin de démarrer ce processus (Phaneuf, 2016).

### **La participation du soignant**

Les caractéristiques du thérapeute doivent être prises en compte. Il s'agit des caractéristiques socio-démographiques, la régularité des entretiens et l'engagement du thérapeute dans la clarification des règles et de la structure du traitement, qui pourraient varier en fonction de sa bienveillance, sa compétence et son respect pour le patient. (Despland & al., 2000). Le soignant apporte des éléments significatifs afin d'entretenir l'alliance thérapeutique, dont par exemple (Phaneuf, 2016) :

- « L'enseignement au client pour les thèmes nécessaires à la progression,
- La planification partagée des objectifs et du plan de progression,
- La volonté d'aide à la progression du patient,
- La confiance mutuelle et l'évaluation commune des résultats. »

## **La participation du patient**

Le patient, dans le but d'évoluer, va mobiliser ses ressources personnelles telles que la motivation, la ténacité, la détermination et la persévérance (Phaneuf, 2016).

De plus, les particularités du patient qui concernent les caractéristiques psychologiques et interpersonnelles (soutien social, relations familiales, événements de vie stressants, etc.), peuvent influencer l'alliance thérapeutique (Despland, de Roten, Martinez, Plancherel & Solai, 2000). L'apport du client est primordial pour parvenir à un projet commun. Il englobe entre autres (Phaneuf, 2016) :

- La volonté de s'ouvrir à la relation avec la soignante,
- Le désir de progresser vers un mieux-être,
- La conviction d'avoir ce qu'il faut pour résoudre ses problèmes,
- La volonté de s'engager dans un projet de soins avec la soignante,
- L'acceptation d'un projet commun et de ses obligations,
- L'acceptation de la participation de son réseau de soutien,
- L'engagement à poursuivre les objectifs de l'entente,
- L'acceptation de l'enseignement, la participation à l'évaluation des résultats.

### **3.1.2 Le vieillissement**

Perlemuter G., Perlemuter L., Pitard et Quevauvilliers (2010) définissent le vieillissement comme étant « un processus de détérioration du corps humain, qui se conclut par la mort de l'individu. Il débute dès la fin de la maturation, c'est-à-dire vers 23 ans chez l'homme ».

Au niveau biologique, le vieillissement résulte de l'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires. Il provoque une dégradation

progressive des capacités physiques et mentales, une augmentation du risque de développer des maladies, et finalement le décès. Au niveau social, le vieillissement engendre des transitions de vie tels que le départ à la retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté, ou encore le décès d'amis ou du conjoint (OMS, 2018). Perlemuter & al. (2010) définissent ces transitions comme faisant parties du vieillissement psychologique. Une composante émotionnelle peut s'y ajouter, tels que le sentiment d'inutilité, de solitude ou encore d'abandon. Ces changements peuvent conduire à un isolement social ou une dépression chez la personne âgée qui requiert un point d'attention par les tiers.

La littérature distingue le vieillissement physiologique du pathologique. Le vieillissement physiologique entraîne une diminution progressive des fonctions du corps (système nerveux central, production d'hormones, activité cardiaque, capacité respiratoire, capacité de digestion, etc.) mais ne conduit pas à leur dysfonctionnement. Il est caractérisé comme un ralentissement général, sans que la personne ne perde son autonomie. Cependant, une maladie touchant un ou plusieurs organes peut provoquer un ralentissement accéléré entraînant parfois la perte de la fonction. Ceci caractérise un vieillissement pathologique relié à un processus dégénératif (Perlemuter & al., 2010).

Le vieillissement physiologique engendre des modifications corporelles touchant les organes et les sens des individus. Parmi ces derniers, il y a également une modification de la composition corporelle telle que la diminution progressive de la masse maigre (par la réduction de la masse

musculaire squelettique), du contenu minéral osseux et des organes. Parallèlement, la présence de tissu adipeux va augmenter et se répartir notamment au niveau de l'abdomen chez les hommes et des hanches chez les femmes (Hervy, Molitor, Beguin, Chahbenderian & Farah, 2005).

Il est intéressant d'explorer à présent les différentes déficiences au niveau des différents systèmes. Au niveau du système nerveux central, il y a une réduction du nombre de neurones corticaux tels que les neurones dopaminergiques Et cholinergiques ainsi qu'une déficience de la plasticité neuronale provoquant des altérations cognitives (état confusionnel, diminution de la capacité d'apprentissage) et endocriniennes (diminution de sécrétion de mélatonine et impact sur la qualité du sommeil, diminution de la sensation de soif, diminution de la production des hormones sexuelles). Il y a parallèlement des modifications du système nerveux périphérique (SNP) caractérisées par une altération de la sensibilité profonde et du système nerveux autonome (SNA) se manifestant par une diminution de la sensibilité des récepteurs adrénergiques (catécholamines) (Blain & Balmes, 2007).

Le système cardiovasculaire et respiratoire sont également touchés par le vieillissement physiologique, entre autres par l'altération de la fonction diastolique du ventricule gauche et l'augmentation de la tension artérielle impliquant un risque d'insuffisance cardiaque. En ce qui concerne le système respiratoire, la capacité de diffusion de l'oxygène et ventilatoire est diminuée. La compliance pulmonaire, le volume des muscles respiratoires et le diamètre bronchique sont également réduits (Blain & Balmes, 2007).

Le système digestif est touché par la réduction des sécrétions gastriques, un temps de vidange gastrique augmenté et un transit intestinal ralenti. Il y a également une diminution de la masse hépatique et son débit sanguin, altérant le métabolisme hépatique et ses fonctions, notamment celle de la dégradation des toxines tels que les médicaments (Blain & Balmes, 2007).

Le système locomoteur est touché par la diminution de la masse musculaire, de la densité minérale osseuse et une augmentation de la fragilité cartilagineuse articulaire (Blain & Balmes, 2007).

En ce qui concerne le système urinaire et particulièrement la fonction rénale, le nombre de néphrons fonctionnels est diminué, ainsi que la fonction tubulaire et la filtration glomérulaire (Blain & Balmes, 2007).

D'autres systèmes tels que le système tégumentaire connaissent des modifications ce qui explique la présence de rides (altération des fibres élastiques) et de cheveux gris (diminution des mélanocytes) (Blain & Balmes, 2007).

Encore, le système immunitaire est altéré, et principalement l'immunité à médiation cellulaire qui englobe les lymphocytes T et leurs fonctions.

Finalement, tous les autres sens comme par exemple l'acuité visuelle et auditive sont aussi perturbés (presbytie, cataracte, presbyacousie) (Blain & Balmes, 2007).

En conclusion à ce chapitre, la littérature recense différentes théories du vieillissement, telles que la théorie des radicaux libres ou des limites

génétiques décrites dans l'ouvrage de Bee et Boyd (2011), qui ne seront pas abordées dans ce travail.

### **3.1.3. L'alcoolisme chez la personne âgée**

L'âge avancé rend la personne âgée plus sensible aux effets psychologiques et physiologiques de l'alcool. Ainsi, le vieillissement physiologique provoque une certaine vulnérabilité (Menecier, 2016). En effet, le processus de vieillissement engendre la diminution de la quantité d'eau présente dans l'organisme, passant de 80% du volume fœtal à moins de 60% de l'individu de plus de 60 ans (Hervy & al., 2005). L'alcool consommé est donc dilué dans une plus petite quantité de liquide, ce qui explique que le taux d'alcool dans le sang est plus vite élevé et que les effets sur la personne sont plus conséquents. Ainsi, la consommation d'alcool peut provoquer plus rapidement des dommages physiques et ainsi engendrer une dépendance. Elle peut également amplifier certaines maladies ou en ralentir la guérison, comme l'hypertension, le diabète, des lésions hépatiques ou des problèmes gastriques. Sans oublier que cette consommation peut accroître les risques d'accident, notamment le risque de chutes (Addiction Suisse, 2011).

Le sujet de l'alcoolisme chez les personnes âgées peut être découpé en deux situations : l'alcoolisme précoce et l'alcoolisme tardif. L'alcoolisme précoce concerne les seniors qui ont une dépendance à l'alcool depuis plusieurs années. L'alcoolisme tardif quant à lui concerne les seniors qui développent une addiction après 60 ans. Lorsque cela arrive, il est important

d'investiguer la cause de cette soudaine consommation excessive d'alcool dans la prise en charge. La solitude est généralement la cause principale, en effet, les personnes vivant seules peuvent trouver en l'alcool une manière de passer le temps et d'oublier leur solitude. L'entrée à la retraite peut également être à l'origine de cet alcoolisme tardif car certaines personnes âgées ne parviennent pas à accepter de ne plus travailler et un sentiment d'inutilité s'installe progressivement pouvant entraîner un syndrome dépressif et une consommation d'alcool. Enfin, le fait d'être diminué physiquement et de tomber gentiment dans la dépendance peut être une cause de l'augmentation de la consommation et engendrer un abus.

En ce qui concerne l'aspect pharmaceutique, certains médicaments sont prescrits par un médecin ou peuvent être achetés librement en pharmacie. Tous ces médicaments peuvent avoir des interactions entre eux ou avec l'alcool entraînant une diminution ou une modification de leur action sur l'organisme (Addiction Suisse, 2011). Encore, les divers effets de l'alcool (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, antalgiques...) accompagnés d'usages et de mésusages de la substance peuvent devenir anxiogènes, dépressogènes, insomniants, confusogènes et avoir des répercussions supplémentaires sur un vieillissement pathologique et ses comorbidités (Menecier, 2016).



### **3.2 Cadre théorie de Carl Rogers**

Nous avons choisi le cadre théorique de Carl Rogers (1951) pour ce travail car il renvoie aux concepts fondamentaux de notre question de recherche. En effet, le concept de l'alliance thérapeutique a été amené dans les soins infirmiers par cet auteur par le biais d'autres champs disciplinaires, notamment celui de la psychologie. Nous avons par conséquent trouvé intéressant de décrire les prémices de ce concept défini dans la théorie de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP).

#### **3.2.1 Généralités sur l'auteur**

Carl Rogers est né le 8 janvier 1902 à Oak Park, dans la banlieue de Chicago. En 1931, Rogers suit un programme de psychologie clinique de Columbia University et obtient son doctorat. Il avait déjà commencé son travail clinique à la Société Rochester pour la prévention de la cruauté envers les enfants. Dans cette clinique, il apprend les techniques de théorie et de thérapie définies par Otto Rank, qui l'ont amené à développer sa propre approche. En 1942, il écrit son premier livre : « *Counselling and Psychotherapy* ». Neuf ans plus tard, il publie son ouvrage majeur, « Thérapie centrée sur le client » dans lequel il expose sa théorie de base. (Boeree, 2006).

#### **3.2.1 L'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers**

L'Approche Centrée sur la Personne (ACP) est le nom donné par Carl Rogers à son cadre théorique. Cette approche peut s'appliquer dans différents

domaines tels que la psychothérapie, l'éducation, la médiation, la santé et l'accompagnement social (Rogers, 1951). Cette théorie fut d'abord nommée thérapie non-directive (ou orientation non-directive) dans les années 1940 et mettait ainsi en exergue la non directivité de la relation d'aide psychologique. Cependant, cette dénomination fut abandonnée par Rogers au profit de la «Thérapie centrée sur le client » après la publication en 1951 de son livre fondamental nommé « *Client-Centered Therapy* ». Il considérait que ce qui compte dans cette théorie n'est pas l'absence de directives, mais certaines attitudes du thérapeute envers le client et de certaines conceptions des relations humaines. Autrement dit, l'essence de son approche ne consiste pas en une façon d'agir mais en une manière d'être (Rogers & Kinget, 1962).

### **3.2.2 Les fondements de la théorie**

Pour Rogers, l'individu possède des ressources lui permettant de se comprendre lui-même, de modifier la représentation qu'il a de sa propre personne, ses attitudes et le comportement qu'il se dicte. Cependant, ces ressources ne sont accessibles qu'en présence d'une certaine atmosphère fait d'attitudes psychologiques facilitatrices. Il a la conviction que l'homme est fondamentalement digne de confiance. Ainsi, il affirme qu'un des concepts les plus révolutionnaires qui soit sorti de notre expérience clinique est :

La reconnaissance accrue que le centre, la base la plus profonde de la nature humaine, les couches les plus intérieures de sa personnalité, le fond de sa nature animale, que tout ceci est naturellement positif, est fondamentalement socialisé, dirigé vers l'avant, rationnel et réaliste (Rogers, 2009).

### 3.2.3 Les attitudes du thérapeute

Selon Rogers (1951), il existe trois attitudes fondamentales que le thérapeute (ou l'aidant) doit mettre en œuvre. Il s'agit de :

#### **L'empathie**

Avant Rogers, plusieurs auteurs ont donné une définition de cette notion. À l'instar de Titchener (1915 ; dans Rogers, 1951), pour qui l'empathie désigne « un sentiment ou une projection de soi dans un objet avec des implications plus sociales, l'empathie étant alors une façon de rendre l'environnement plus humain. »

Rogers (2009) émet une définition de l'empathie basée sur deux dimensions. Il s'agit de la dimension cognitive et affective. Pour lui, l'empathie consiste à « percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le *comme si* » (exemple : empathie de pensée). Il va rajouter plus tard, en 1975, qu'il s'agit là d'un « processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui » (exemple : empathie d'affect).

Cette notion implique trois qualités qui sont : connaître ce qu'une personne ressent, ressentir ce qu'un autre ressent et répondre de façon compassionnelle à la détresse d'autrui. De même, elle est à distinguer de la sympathie qui implique d'avoir les mêmes qualités (Rogers, 2009).

La capacité d'empathie implique donc, par exemple, qu'on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve lui-même, et qu'on perçoive la cause comme il la perçoit, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre (Chalifour, 1989).

### **La congruence (authenticité)**

Selon Auger (1972), la congruence qu'on appelle aussi « authenticité » est un état d'accord interne entre ce que la personne perçoit, pense et ressent comme émotions et besoins, et ce qu'elle communique de manière verbale ou non. Il s'agit de faire coïncider le vécu interne, la conscience que j'en ai et la manière de l'exprimer à autrui. Cela signifie que le thérapeute doit avoir une connaissance élevée de soi et ce qu'il reconnaît en lui doit refléter ce qu'il est réellement. De plus, il doit connaître le client ainsi que les buts poursuivis (Chalifour, 1989).

### **La considération positive inconditionnelle**

Elle est la capacité de considérer l'autre positivement, c'est-à-dire accepter l'autre sans aucune condition sur sa conduite. Citons par exemple, un père qui apprécie ou aime son enfant peu importe ses actions ou ses attitudes particulières. En ayant une attitude d'appréciation inconditionnelle du client envers ses expériences, dont il peut être honteux, effrayé ou heureux et fier, le thérapeute contribue ainsi au changement d'attitude chez ce dernier et cela représente le processus thérapeutique (Rogers, 1951).

### **3.2.4 Le processus de changement**

Lorsque le thérapeute parvient à adopter les attitudes citées plus haut, le patient peut explorer ou vivre son expérience comme elle se présente et l'image qu'il a de lui va commencer à se modifier peu à peu. Autrement dit, le client va prendre conscience de son état, ses émotions, ses besoins et ses réactions physiologiques telles que la douleur par exemple. Il pourra ainsi être en mesure d'exprimer ses sentiments de manière verbale ou non. Ces sentiments proviennent du « moi » par opposition au « non moi » (entourage). Il saura aussi faire la différence entre ses sentiments et ses perceptions qui deviennent plus correctes et plus différenciées. Selon Rogers, la notion de diagnostic ne devrait pas exister, car cela amènerait le thérapeute à se centrer sur la maladie et non sur la personne. Ainsi, l'ACP repose sur le développement ou l'apprentissage et non l'approche médicale qui elle est centrée sur la maladie. (Rogers, 2009).

### **3.2.5 Les conditions du changement**

Plusieurs éléments sont nécessaires pour déclencher un processus de changement chez une personne (Rogers, 2009) :

1. Deux personnes doivent être en relation ;
2. Le client doit se trouver dans un état de désaccord interne, de vulnérabilité ou d'angoisse ;

3. Le thérapeute doit se trouver dans un état d'accord interne, en tout cas durant le temps de l'entretien, et par rapport au motif de sa relation avec le client ;
4. Le thérapeute doit éprouver des sentiments de considérations positives inconditionnelles envers le client ;
5. Le thérapeute doit éprouver une compréhension empathique envers le patient ;
6. Le client doit percevoir la présence de la considération positive inconditionnelle et de la compréhension empathique du thérapeute.

Selon Rogers (2009), le processus thérapeutique peut prendre un certain temps avant de se mettre en place. L'auteur souligne également que la manifestation de la compréhension empathique par le thérapeute nécessite l'usage de la communication (verbale ou non verbale) de manière à ce que le patient puisse ressentir les attitudes chez le thérapeute. Ainsi, la théorie postule que le processus thérapeutique ne peut se produire sans ces conditions réunies.

### **3.2.6. Lien avec la question de recherche et le méta paradigme infirmier**

Étant donné que le cadre théorique retenu provient de la science en psychologie, il s'agit dans ce chapitre de faire le lien avec le métaparadigme de la discipline infirmière et ses concepts décrits dans le chapitre 2.2.1 de la problématique et la question PICOT.

### **Les soins infirmiers**

Comme décrit plus haut, le concept de l'alliance thérapeutique dans les soins infirmiers a été importé par Carl Rogers. Sa théorie met en évidence l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) à travers différentes attitudes du client et du thérapeute promouvant l'alliance thérapeutique. L'infirmière, dans l'accompagnement du patient vers un processus de changement, doit faire preuve d'empathie, de congruence et de considération positive inconditionnelle. En d'autres termes et en regard avec notre question, cette théorie permet d'amener des éléments essentiels dans l'attitude que l'infirmière doit adopter auprès des patients souffrants de dépendance afin de créer une relation de confiance favorisant l'alliance thérapeutique et le changement.

### **La santé**

Cette théorie repose sur l'apprentissage et le développement centrés sur la personne et non seulement sur la maladie. Une personne souffrant de dépendance adopte des comportements entraînant des risques pour sa santé. Le soignant va promouvoir les ressources que chaque individu dispose afin qu'il puisse avoir un contrôle positif sur sa santé. Les postulats de Rogers rejoignent donc intimement la définition du métaparadigme de la santé (King, 1968 ; dans Pépin & al., 2010).

## **L'être humain**

La personne est au centre de la théorie de Rogers. Selon Nightingale (1859 ; dans Pépin & al., 2010), la personne est un être possédant des caractéristiques physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles. Ce postulat rejoint à nouveau la définition de Rogers selon laquelle un être humain est amené à travers l'alliance thérapeutique à prendre conscience de son état émotionnel, ses besoins et ses manifestations, ainsi qu'exprimer ses sentiments.

Par exemple, l'infirmier, dans sa prise en soins, doit accepter sans jugement la personne dépendante à l'alcool, conformément à la considération positive inconditionnelle de l'autre que prône l'ACP.

## **L'environnement**

L'environnement est tout ce qui gravite autour du patient et qu'il est important de tenir compte dans la prise en soins (Neuman, 1974 ; dans Pepin & al., 2010). Dans sa théorie, Rogers porte de l'attention à l'environnement du patient en mettant l'accent sur son état psychologique, le temps nécessaire au processus d'alliance thérapeutique et à la communication (verbale et non verbale) qui sont importants pour qu'un changement puisse se faire.

En conclusion, l'alliance thérapeutique émerge de la relation entre le soignant et le soigné. Plusieurs facteurs influencent cette dernière, dont l'attitude du soignant envers le patient et vice versa, identifiés dans l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers.



## **Chapitre 4 : Méthode**

## 4.1 Méthode PICOT

Ce chapitre permet de délimiter et préciser la question de recherche à travers la méthodologie PICOT (Melnik, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014). Il s'agit de définir les mots-clés issus de cette dernière qui permettront ainsi de parcourir les bases de données à la recherche d'articles scientifiques. La question PICOT de ce travail est la suivante : « *Comment les déterminants de la participation de la personne âgée de 75 ans et plus, alcoolique et résidant en établissement médico-social (EMS), influencent-ils l'alliance thérapeutique ?* ».

**P :** Il correspond à la Population/Patient/Problème. Cela peut être une personne, un groupe de personnes ou une communauté. Des critères spécifiques à l'âge, au sexe ou encore à un problème spécifique peuvent préciser ce dernier.

**I :** Il est relatif à l'Intervention/Intérêt/Issue. Dans ce dernier, l'intervention peut être de plusieurs types ; elle peut être d'origine thérapeutique, préventive, diagnostique ou relative à des facteurs pronostics ou de risques.

**C :** Il correspond à la Comparaison. Celui-ci vise à comparer une intervention avec une autre dans le but d'identifier et de proposer des alternatives.

**O :** Outcome en anglais correspond au Résultat/Événement mesuré/Jugement en français. Ce dernier souligne les résultats attendus relativement à une intervention mise en place et met en évidence les avantages, les désavantages et les risques potentiels de cette dernière.

**T** : Time (Temps). Il concerne la temporalité, c'est-à-dire le temps requis afin de démontrer les résultats.

Le tableau ci-dessous reprend les différents éléments de la dénomination PICOT expliquée précédemment dans ce chapitre et en lien avec la question de recherche de ce travail.

Tableau 1

*Mots-clés PICOT en lien avec la question de recherche*

Tableau PICOT		
	Mots-clés	Précisions
<b>Population</b>	Personne âgée alcoolique	Personne de 75 ans et plus, tout sexe et origine confondus, résidants en EMS
<b>Intervention</b>	Déterminants de la participation du patient	
<b>Comparaison</b>	/	Pas utilisé dans la question
<b>Outcome</b>	Alliance thérapeutique	
<b>Temps</b>	/	Pas utilisé dans la question

## 4.2 Type de question PICOT

Il existe plusieurs types de questions qui sont les suivants : Intervention, Pronostic, Diagnostic, Étiologie et Meaning.

Dans ce travail, il s'agit d'une question de type Meaning. La définition de ce dernier vise à identifier « comment une expérience/un phénomène influence le résultat ». Le sujet de recherche cherche à démontrer comment les déterminants de la participation du patient influencent l'alliance thérapeutique dans un contexte d'addiction chez une personne âgée.

## 4.3 Critères de sélection des articles

Parmi les différentes bases de données proposées, les recherches d'articles pour ce travail ont été effectuées dans *PubMed*, *CINAHL* et *PsycInfo*.

Premièrement, il a fallu traduire nos mots-clés français de la question PICOT en anglais. Une fois les mots-clés traduits, des recherches ont été effectuées dans les bases de données citées ci-dessus à l'aide des MeSH pour *PubMed* et du Thésaurus (OVID) pour *PsycInfo* et *CINAHL*, afin de trouver les descripteurs correspondants. Une fois ces derniers énumérés, ils ont été associés avec des « OR » afin d'élargir les recherches d'articles et des « AND » entre les différents mots-clés.

Un tableau récapitulatif est présenté dans le chapitre 4.4 intitulé « *descripteurs de recherche dans les bases de données* », ci-dessous. De plus, se trouvent également en annexe, les tableaux spécifiques à chaque base de données en ce qui concerne la méthode de recherche et le nombre d'articles

retenus pour chacune (Cf : Annexe 3 : Recherche d'articles base de données CINAHL, p.100, Annexe 4 : Recherche d'articles base de données PsycInfo, p.101, Annexe 5 : Recherche d'articles base de données PubMed, p.102).

#### **4.3.1 Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion sélectionnés variaient en fonction de la base de données dans laquelle les recherches d'articles ont été menées.

Pour les trois bases de données utilisées, les articles devaient être publiés dans les 10 ans précédant l'année en cours afin de s'assurer d'avoir des données actuelles probantes. Pour *CINAHL*, un autre filtre a été appliqué : les articles devaient être en anglais, « *English language* », ou en français afin d'éliminer ceux dans une autre langue.

Notre Directeur de Travail de Bachelor (TB) ainsi que les bibliothécaires ont été une ressource dans l'avancée de ce travail afin d'obtenir des articles indisponibles en format PDF dans les bases de données.

Finalement, certains articles paraissaient intéressants mais n'ont pas été sélectionnés, car ceux-ci étaient des chapitres issus d'un livre.

#### **4.3.2 Critères d'inclusion**

Les articles retenus devaient traiter du lien entre la personne âgée et l'alcoolisme, de l'alliance thérapeutique avec une personne âgée et/ou alcoolique, de l'alliance thérapeutique et/ou de l'alcoolisme de manière

générale. Certains articles ont été recherchés en incluant l'alcoolisme et la personne âgée au sein d'un EMS.

Encore, l'impact factor a été un élément essentiel à vérifier. Selon les normes de recherches, il devait être égal ou supérieur à 1.5 afin de s'assurer d'avoir un bon niveau de preuves. Cependant, un des articles a un impact factor de 1.369. En vue des informations importantes qu'il apporte à ce travail, il est apparu pertinent de le conserver en accord avec notre Directeur TB.

#### 4.4 Descripteurs de recherche dans les bases de données

Tableau 2

*Descripteurs de recherche pour chaque base de données*

	<b>P</b>			<b>I</b>	<b>O</b>
<b>Mots clefs Français</b>	<b>Personnes âgées</b>	<b>Alcoolique</b>	<b>EMS</b>	<b>Participation du patient</b>	<b>Alliance thérapeutique</b>
<b>Mots clefs Anglais</b>	Aged	Alcoholics	Nursing home	(Patient) Participation	Alliance
<b>MeSH-Term (PubMed)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erdely</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoholic</li> <li>Skid Row Alcoholics</li> <li>Skid Row alcoholic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nursing Home</li> <li>Old Age Homes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient involvement</li> <li>Patient empowerment</li> <li>Patient engagement</li> <li>Patient Participation Rates</li> <li>Patient Activation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Therapeutic Alliances</li> </ul>
<b>Descripteurs (CINAHL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aged</li> <li>Aged, 80 and over</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoholics</li> <li>Alcoholic Beverages</li> <li>Behavior, Addictive</li> <li>Substance Dependence</li> <li>Alcohol-Related Disorders</li> <li>Alcoholism</li> <li>Alcohol Abuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nursing Homes</li> <li>Nursing Home Patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumer participation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behavior and Behavior Mechanisms</li> <li>Interpersonal Relations</li> <li>Professional-Client Relations</li> <li>Therapeutic Alliance</li> </ul>
<b>Descripteurs (PsycInfo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aged</li> <li>Aging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoholism</li> <li>Alcohol Abuse</li> <li>Alcohol Drinking Patterns</li> <li>Drinking behavior</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Client participation</li> <li>Participation</li> <li>Treatment compliance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Therapeutic alliance</li> <li>Treatment</li> <li>Psychotherapeutic processes</li> <li>Cognitive behavior therapy</li> <li>Behavior modification</li> <li>Behavior therapy</li> <li>Cognitive therapy</li> </ul>

#### 4.5 Articles retenus

Les articles retenus pour ce travail sont les suivants, et ont été analysés grâce aux grilles de Fortin qui se trouvent en Annexe 6 : Grilles de Fortin, p. 103

Tableau 3

##### *Liste des articles retenus*

Articles et auteurs	Année de publication	Impact factor
« Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement »  <i>Magill, M., Mastroleo, N. R., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., Colby, S. M., &amp; Monti, P. M.</i>	2010	2.805
« The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults »  Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V.	2012	1.985
« To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients »  <i>Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., &amp; Childs, S.</i>	2013	2.441
« Does Change in Alliance Impact Alcohol Treatment Outcomes? »  <i>Kan, L. Y., Henderson, C. E., Von Sternberg, K., &amp; Wang, W.</i>	2014	2.097
« Social engagement, setting and alcohol use among a sample of older Australians »  <i>Dare, J., Wilkinson, C., Allsop, S., Waters, S., &amp; Mchale, S.</i>	2014	1.369



Articles et auteurs	Année de publication	Impact factor
« Commitment strength, alcohol dependence and HealthCall participation: Effects on drinking reduction in HIV patients »  <i>Aharonovich, E., Stohl, M., Ellis, J., Amrhein, P., &amp; Hasin, D.</i>	2014	3.278
« The Role of the Working Alliance in Treatment for Alcohol Problems »  <i>Cook, S., Heather, N., &amp; McCambridge, J.</i>	2015	2.780
« The Indirect Effect of the Therapeutic Alliance and Alcohol Abstinence Self-Efficacy on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems in Project MATCH »  <i>Maisto, S. A., Roos, C. R., O'Sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., &amp; Witkiewitz, K.</i>	2015	2.829
« Within treatment therapeutic alliance ratings profiles predict posttreatment frequency of alcohol use »  <i>Prince, M. A., Connors, G. J., Maisto, S. A., &amp; Dearing, R. L.</i>	2016	2.780
« The Experience of Patients with Alcohol Misuse after Surviving a Critical Illness »  <i>Clark, B. J., Jones, J., Diandra Reed, K., Hodapp, R., Douglas, I. S., Pelt, D. Van, ... Moss, M.</i>	2017	4.006
« Therapeutic Alliances Predict Session by Session Drinking Behavior in the Treatment of Alcohol Use Disorders »  <i>Connors, G. J., Maisto, S. A., Schlauch, R. C., Dearing, R. L., Prince, M. A., &amp; Duerr, M. R.</i>	2017	4.593
« Therapeutic Alliance, Client Need for Approval, and Perfectionism as Differential Moderators of Response to eHealth and Traditionally Delivered Treatments for Comorbid Depression and Substance Use Problems »  <i>Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Palazzi, K., Lewin, T. J., &amp; Kelly, B. J.</i>	2017	2.012

Articles et auteurs	Année de publication	Impact factor
« Preserved Affective Sharing But Impaired Decoding of Contextual Complex Emotions in Alcohol Dependence » <i>Grynberg, D., Maurage, P., &amp; Nandrino, J. L.</i>	2017	3.183
« Initiation and engagement as mechanisms for change caused by collaborative care in opioid and alcohol use disorders » <i>Setodji, C. M., Watkins, K. E., Hunter, S. B., McCullough, C., Stein, B. D., Osilla, K. C., &amp; Ober, A. J.</i>	2018	3.322
« Role preferences of patients with alcohol use disorders » <i>Friedrichs, A., Silkens, A., Reimer, J., Kraus, L., Scherbaum, N., Piontek, D., ... Buchholz, A.</i>	2018	2.013

# **Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion**

Dans ce chapitre, nous allons synthétiser les résultats des différents articles scientifiques sélectionnés dans ce Travail de Bachelor (TB). Ces derniers ont soulevé différentes problématiques intéressantes dans cette recherche. Nous allons ensuite développer les éléments en regard de notre question PICOT qui est la suivante : « *Comment les déterminants de la participation de la personne âgée de 75 ans et plus, alcoolique et résidant en établissement médico-social (EMS), influencent-ils l'alliance thérapeutique ?* ». Finalement, nous allons proposer des perspectives et des propositions pour la pratique.

### **5.1 Synthèse des résultats des articles**

Dare et al. (2014) cherchent à comprendre le contexte social ainsi que les facteurs limitants ou favorisant de la consommation d'alcool chez la personne âgée. Il en ressort que l'alcool est utilisé comme un moyen d'engagement social et facilite la consommation. Cette dernière est vue comme moyen de détente, notamment après la retraite. Elle améliore ainsi les situations positives, facilite le plaisir et la socialisation.

L'engagement social ainsi que les normes sociales ont été identifiés comme des facteurs qui à la fois facilitent et limitent la consommation d'alcool. Cependant, les règles que se sont imposées les participants ainsi que la conduite d'un véhicule sont des facteurs limitants leur consommation. L'usage de l'alcool dépend également du type d'activités, du moment de la journée, du lieu et des personnes présentes. Par exemple, les « *happy hour* » proposés dans les villages de retraités influencent une consommation plus élevée.

Grynberg et al. (2017) ont mené une étude auprès d'individus dépendants à l'alcool (ADI) et d'un groupe contrôle avec des participants en bon état de santé général (CI). Le but était d'identifier si cette dépendance a un impact sur les capacités à décoder les émotions complexes et sur le partage des émotions d'autrui.

Premièrement, les ADI avec un niveau d'anxiété et de dépression plus élevé présentent des performances inférieures quant au décodage et la capacité à mentaliser des états mentaux affectifs et lorsqu'il s'agit de reconnaître des états émotionnels complexes. De plus, ces derniers sont incapables de reconnaître des expressions faciales complexes. Ils ont toutefois leur capacité de partage émotionnel préservée.

Les articles suivants nous ont permis d'identifier des facteurs prédictifs de la diminution d'alcool.

Une étude a cherché à examiner l'effet des soins axés sur la collaboration, la « *Collaborative Care* » (CC), chez des patients ayant des troubles de consommation d'alcool et d'opioïdes (Setodji et al., 2018). Les auteurs cherchent par ailleurs à démontrer l'efficacité de la CC à travers l'initiation et l'engagement des individus dans un traitement pour les troubles de consommation et examinent également l'effet de cette thérapie sur l'abstinence.

Le fait de recevoir la CC augmente la probabilité d'initiation et l'engagement à un traitement. Parallèlement, l'initiation entraîne une augmentation de

l'abstinence et contribue à l'effet qu'a la CC sur cette dernière. Dans un groupe ayant des troubles de consommation d'alcool sans comorbidités associées, il est apparu que la CC a un plus grand impact sur l'abstinence. Également, l'amélioration de l'état de santé des patients est plus liée à l'instauration d'un traitement précoce après l'identification du trouble qu'à la quantité de traitements reçue.

L'étude de Clark et al. (2017) décrit l'expérience de patients souffrants de troubles de la consommation d'alcool hospitalisés en soins intensifs. Pour cela, les auteurs utilisent l'outil SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) qui permet le dépistage de l'abus d'alcool dans le but de cibler des interventions. L'expérience des patients a été divisée en trois domaines pouvant faire l'objet d'une intervention spécifique : la motivation, l'alliance thérapeutique et le retour à domicile.

Il en ressort qu'une grande majorité des patients étaient motivés mais que leurs décisions quant à leur consommation d'alcool ont été influencées par plusieurs facteurs tels que l'anxiété, la dépression, les troubles cognitifs et certains délires, qui les amenaient à consommer encore plus d'alcool. En ce qui concerne l'alliance thérapeutique, les individus se sentaient prêts à discuter de leur usage d'alcool avec un thérapeute, mais les résultats démontrent un échec de l'établissement d'une alliance thérapeutique basée sur la confiance mutuelle, la communication optimale et la coopération. Finalement, le retour

à domicile a confronté les patients à certains obstacles liés au sevrage alcoolique.

L'étude conclut que le SBIRT n'est pas un outil favorable dans le contexte des soins intensifs, les patients étant atteints de divers troubles et/ou maladies graves influençant également la création de l'alliance thérapeutique et le suivi du traitement après l'hospitalisation. Toutefois, les auteurs soulignent qu'une alliance thérapeutique forte est associée à de meilleurs résultats dans le traitement de l'alcoolisme.

Wolfe et al. (2013) s'intéressent à la coercition, la motivation et l'alliance thérapeutique dans le traitement de patients abusant de diverses substances, dont la plus grande majorité était l'alcool, et suivant une thérapie quelconque. Tout d'abord, les résultats démontrent que la coercition (ex. directives légales et sanctions, soutien familial, employeurs, etc.) n'a pas d'impact sur le changement dans la consommation. De plus, les individus contraints démontrent une motivation externe augmentée et une alliance thérapeutique plus faible. À l'inverse, les personnes non contraintes rapportent une motivation interne plus élevée. Les résultats ne montraient pas de relations significatives, excepté pour les clients non contraints qui étaient plus ouverts à la volonté de s'engager dans un processus thérapeutique. Encore, les clients qui ont une motivation interne plus élevée à suivre un traitement, sont probablement plus réceptifs à une relation positive avec le thérapeute et aux co-variables de l'alliance thérapeutique qui sont le partenariat, les liens,

l'ouverture, la confiance en soi et l'initiative du client. À contrario, ces co-variables sont moins importantes pour les clients qui subissent une pression externe élevée pour suivre un traitement. Finalement, les résultats soulignent que les clients plus jeunes sont plus susceptibles d'être contraints que ceux plus âgés.

Le but d'un autre article était d'examiner si la force d'engagement dans un traitement pour la consommation d'alcool prédit sa réduction. Pour cela, deux traitements distincts ont été évalués, celui de l'entretien motivationnel seulement (MI) et ce dernier combiné à l'*HealthCall* sur deux groupes distincts, ceux dépendants à l'alcool et ceux ne l'étant pas (Aharonovich et al., 2014). Il en ressort que plus la force d'engagement est élevée, plus la consommation d'alcool à la fin du traitement et 60 jours après diminue. Lorsque la force d'engagement de base était faible et que les patients étaient peu enclins au changement, le traitement combinant le MI et l'*HealthCall* a beaucoup plus réduit l'usage de l'alcool que le MI seulement. De ce fait, l'*HealthCall* combiné la MI compense le faible niveau d'engagement au changement et permet une diminution significative de la consommation d'alcool chez ces derniers. Pour ceux ayant une force d'engagement élevée de base, la variation de consommation entre les deux traitements n'est pas significative.

Les deux articles suivants vont permettre d'identifier les facteurs prédictifs de l'alliance thérapeutique.



Pour commencer, l'étude de Cook et al. (2015) a pour but d'identifier les éléments ayant un impact sur l'alliance thérapeutique ainsi que d'examiner si les rapports de l'alliance des clients et/ou des thérapeutes influencent la motivation à changer et la consommation d'alcool durant et après le traitement.

Les auteurs confirment que l'alliance thérapeutique est un élément essentiel dans le traitement de l'alcoolisme et précisent que la perception de l'alliance thérapeutique chez les clients est plus importante que celle des thérapeutes. Cette étude a également permis d'identifier trois facteurs prédictifs de l'alliance thérapeutique : l'âge, le fait d'avoir un emploi et surtout la motivation avant le début du traitement. Le score de l'alliance thérapeutique donné par les patients prédit les résultats de la consommation d'alcool pendant le traitement et jusqu'à 9 mois après la fin du traitement. Il est noté que ceci est fortement associé à la motivation à changer leur consommation d'alcool avant et après le traitement.

Dans cette seconde étude, Urbanoski et al. (2011) ont cherché à clarifier le rôle de l'alliance thérapeutique dans le processus de traitement de consommation de l'alcool. Pour ceci, ils ont examiné les facteurs prédictifs de base de l'alliance thérapeutique et ont également vérifié si l'alliance modérait des modifications de ces facteurs au cours du traitement.

Une motivation, une efficacité personnelle (auto-efficacité) et une capacité d'adaptation plus élevées, les patients plus âgés ainsi qu'un engagement élevé

vis-à-vis des Alcooliques Anonymes (AA) et des Narcotiques Anonymes (NA) engendrent une alliance thérapeutique plus forte, notamment durant les premières semaines de traitement. De plus, une alliance thérapeutique plus forte réduit la détresse psychologique.

Dans la suite de synthèse, les articles recensent notamment les différentes thérapies utilisées ainsi que leurs résultats sur l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool.

Connors et al. (2017) ont évalué les interactions entre la perception du patient de l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool séance après séance. Les participants ont reçu 12 semaines de Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC).

Les résultats démontrent une diminution du nombre de jours de consommation d'alcool durant le traitement et en parallèle, une augmentation significative de l'alliance thérapeutique. Le niveau de changement avant le traitement influence la consommation d'alcool durant le traitement. Plus précisément, un faible changement avant le traitement est associé à une diminution plus marquée de la consommation d'alcool durant le traitement. À l'inverse, un changement élevé n'induit que des changements mineurs. Encore, plus l'évaluation par les patients de l'alliance thérapeutique effectuée à chaque séance est élevée, plus la consommation d'alcool jusqu'à la séance suivante est amoindrie. Les auteurs relèvent également que l'évaluation de

l'alliance thérapeutique n'est pas influencée par les éventuelles consommations ayant eu lieu entre les séances.

Dans leur étude, Maisto et al. (2015) cherchent à démontrer les effets de l'alliance thérapeutique et de l'auto-efficacité dans le cadre de consommation et d'abstinence alcoolique. Les participants ont été répartis dans trois groupes et ont reçu une thérapie différente : la *Motivational Enhancement Therapy* (MET), la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et la thérapie en 12 étapes (TSF).

Il est démontré qu'à la fin du traitement, l'auto-efficacité est reliée aux résultats de l'alliance du patient et du thérapeute ainsi qu'à ceux de la consommation d'alcool trois mois après le traitement, mais les effets et les changements des résultats diminuent au fil du temps. En somme, une alliance plus grande prédit une meilleure auto-efficacité et de meilleurs résultats thérapeutiques. Introduite précocement, cette dernière permet également des résultats plus rapides d'abstention et de réduction de consommation. Encore, parmi les 3 approches thérapeutiques étudiées, la MET est celle qui favorise le plus l'alliance thérapeutique et peut être un moyen d'améliorer l'auto-efficacité. De plus, une plus grande motivation de base prédit une meilleure évaluation de l'alliance thérapeutique par les patients.

Kan et al. (2014) cherchent à savoir si l'alliance thérapeutique augmente avec le temps et si cette dernière est liée à une diminution de la consommation

d'alcool. Ils examinent également quelle thérapie a le plus d'influence dans ce processus entre la *Motivational Enhancement Therapy* (MET), la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et la thérapie en 12 étapes (TSF).

Les évaluations de l'alliance sont plus élevées pour les patients ayant suivi la MET mais elle n'améliore pas l'alliance dans le temps, bien que les évaluations de cette dernière augmentent durant le traitement. Deux variables ont été mesurées : la gravité et la fréquence de consommation. Durant le traitement thérapeutique, la fréquence de consommation augmente puis tend à diminuer en post-traitement. En parallèle, la gravité de consommation diminue significativement en début de traitement, puis augmente en fin de traitement et se stabilise en post-traitement.

Dans l'étude de Prince et al. (2016), ils définissent trois profils d'alliance thérapeutique, soit l'alliance thérapeutique élevée, moyenne et faible et regardent comment ces derniers prédisent la fréquence de consommation d'alcool ainsi que l'abstinence à travers la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC). Pour les clients à l'alliance élevée, elle n'a cessé d'augmenter durant le traitement, ainsi que le pourcentage de jours d'abstinence (PDA). Pour le profil d'alliance thérapeutique moyenne, l'alliance thérapeutique s'est détériorée et l'indice du PDA est moyen. Le groupe à alliance faible a un score faible de PDA et malgré que les évaluations des alliances aient beaucoup varié durant le traitement, elles restent faibles et n'ont pas augmenté. Pour les thérapeutes, les mêmes résultats sont illustrés,

à la différence que la classe d'alliance thérapeutique moyenne a montré un PDA plus élevé. Encore, les personnes ayant une alliance élevée ont beaucoup plus participé aux séances de TCC.

Magill et al. (2010) essaient de déterminer si l'inclusion d'un proche lors d'un traitement de l'alcoolisme peut être bénéfique en s'appuyant sur quatre variables : l'alliance, la fidélité, la satisfaction du patient et son engagement.

Les séances d'entretien motivationnel (MI) et d'entretien motivationnel avec un proche (SOMI) n'ont pas démontré de différences significatives par rapport aux quatre variables. Il est possible d'inclure un proche dans les séances tout en maintenant un niveau élevé d'engagement et de satisfaction. Encore, l'inclusion d'un proche buveur ou qui cautionne la consommation du patient a un effet délétère dans l'engagement du patient. Ces caractéristiques sont plus importantes à prendre en considération que le sexe ou le type de relation (amis, conjoint, famille).

Kay-Lambkin et al. (2017) cherchent à examiner l'effet de trois variables (l'alliance thérapeutique, le perfectionnisme et le besoin d'approbation) sur trois différents traitements : la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)/entretien motivationnel (MI) offerte par un thérapeute, la TCC/MI avec le programme informatique SHADE (Self-Help for Alcohol/other drugs and DEpression) et une thérapie de soutien chez une population souffrant de dépression comorbide et de problèmes liés à la consommation d'alcool.

La consommation d'alcool des participants a significativement diminué entre le début de l'étude et l'évaluation de suivi à trois mois, et ceci était d'autant plus marqué pour le groupe TCC/MI avec SHADE. Cependant, la consommation d'alcool au fil du temps diminue pour les TCC/MI avec thérapeute et les thérapies de soutien mais augmente chez les patients qui ont suivi une TCC/MI avec SHADE. Finalement, les résultats démontrent que trois modérateurs de la consommation d'alcool sont significatifs : l'initiative du client (sous-échelle de l'alliance thérapeutique), le perfectionnisme et le besoin d'approbation.

Pour terminer la synthèse des résultats, ce dernier article se centre sur les préférences de rôles du patient dans le cadre d'une prise en soins (Friedrichs et al., 2018). Les résultats indiquent que les patients préfèrent jouer un rôle actif dans la prise de décisions concernant leur traitement : soit seul (prise de décision informée) ou soit avec leur clinicien (prise de décision partagée) bien que la grande majorité (50%) préfère une prise de décision seule (informée). Il est donc primordial que le thérapeute demande à son patient quelles sont ses préférences.

Les facteurs qui influencent ces préférences sont que, plus le désir d'aide et l'état de préparation augmentent, plus les patients préfèrent une prise de décision partagée. En revanche, lorsqu'ils ne se sentent pas prêts à entamer un traitement, ils souhaitent que les cliniciens prennent les décisions les

concernant (prise de décision paternaliste). L'entretien motivationnel pourrait être utilisé pour renforcer la motivation du patient à changer.

## **5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT**

Suite à l'analyse des différents articles, nous avons retenu plusieurs éléments importants qui éclairent la question que nous nous sommes posée pour ce travail de recherche.

Tout d'abord, nous avons identifié que la consommation d'alcool chez les personnes âgées dépendait du contexte social (Dare et al., 2014). Dans le concept 3.1.3 intitulé « *l'alcoolisme chez la personne âgée* », nous avons identifié qu'il était important d'investiguer les causes du développement d'une addiction tardive. Nous remarquons, grâce à cet article, que l'engagement social joue également un rôle qui peut être positif ou négatif dans la consommation d'alcool. La personne âgée dans un Établissement Médico-Social (EMS) peut donc être susceptible de consommer, non pas par sentiment de solitude seulement, mais également si sa socialisation est élevée. De même, des facteurs tels que l'anxiété, la dépression, les troubles cognitifs et certains délires peuvent amener les personnes à consommer (Clark et al., 2017). Comme indiqué dans nos concepts (chapitre 3.1.3), Menecier (2016) démontre que la consommation de substances peut être anxiogène, dépressogène et hypnotique, ainsi nous percevons-là un cercle vicieux.

Encore, différents articles ont permis de mettre en avant que plusieurs facteurs influençant la consommation d'alcool, tels que la motivation, le retour à domicile (réseau social pauvre ou riche), la force d'engagement et l'initiation à un traitement, le perfectionnisme, le besoin d'approbation et surtout l'alliance thérapeutique. Il est donc important de considérer ces facteurs lors de la prise en charge de la personne âgée alcoolique et de la mise en place d'une thérapie dans le but de réduire la consommation d'alcool (Aharonovich et al., 2014 ; Clark et al., 2017 ; Kay-Lambkin et al., 2017 ; Setodji et al., 2018 ; Wolfe et al., 2013).

La plupart des articles permettent de mettre en évidence que l'alliance thérapeutique est un facteur prédictif de la réduction de la consommation d'alcool. Celle-ci est influencée en premier lieu par la motivation (notamment la motivation avant le traitement et la motivation interne) et l'auto-efficacité du patient, l'âge, le fait de travailler et d'avoir un emploi, la capacité d'adaptation et l'engagement auprès d'un groupe thérapeutique. (Cook et al., 2015 ; Kan et al., 2014 ; Maisto et al., 2015 ; Urbanoski et al., 2011 ; Wolfe et al., 2013). Ainsi, ces éléments nous permettent d'avoir des pistes supplémentaires quant aux déterminants de la participation du patient au sein de l'alliance thérapeutique. Nous avons relevé dans le chapitre 3.1.1 intitulé « *l'alliance thérapeutique* » deux facteurs semblables, notamment la volonté de s'engager et de s'ouvrir à la relation et l'engagement à poursuivre les objectifs thérapeutiques (Phaneuf, 2016).



Cook et al. (2015) précisent également que la perception de l'alliance thérapeutique des clients est plus importante que celle des thérapeutes. À l'inverse, Wolfe et al. (2013) présentent un facteur qui influence de manière négative l'alliance thérapeutique, qui est la coercition. Cette dernière, peu importe sa nature, n'a pas d'influence sur la diminution de la consommation d'alcool et diminue l'alliance thérapeutique. Elle ne semble donc pas pertinente dans les prises en charge. Pour conclure, plus le niveau d'alliance est élevé, plus les patients auront tendance à participer au traitement et plus les pourcentages de jours d'abstinence augmentent (Prince et al., 2016).

Parmi toutes les études des articles retenus, certaines approches thérapeutiques apparaissent congruentes dans la visée d'une réduction de consommation, d'abstinence, d'un engagement à un traitement et favorisent également l'alliance thérapeutique.

La *Collaborative Care* (CC) permet l'augmentation de l'initiation et l'engagement à un traitement et entraîne, par cause à effet, une augmentation de l'abstinence (Setodji et al., 2018). L'*HealthCall* combiné à la thérapie motivationnelle (MI) améliore l'engagement au changement et au traitement et induit une réduction de la consommation d'alcool (Aharonovich et al., 2014). Parallèlement, Magill et al. (2010) soulignent que l'inclusion d'un proche dans une thérapie type MI est possible, sans avoir d'influence délétère sur le niveau d'engagement et la satisfaction. L'étude de Connors et al. (2017) démontrent également que via la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), il y a une

diminution du nombre de jours de consommation d'alcool et parallèlement une augmentation de l'alliance thérapeutique. Kan et al. (2014) ainsi que Maisto et al. (2015) comparent les mêmes thérapies dans leurs études et leur impact sur l'alliance thérapeutique. Il s'agit de la TCC, la thérapie en 12 étapes (TSF) et la *Motivational Enhancement Therapy* (MET). Les mêmes conclusions en découlent : La MET augmente et favorise l'alliance thérapeutique significativement. L'article de Kan et al. (2014) précise qu'elle a un résultat seulement sur le court terme, mais ne l'améliore pas dans le temps. Finalement, Kay-Lambkin et al. (2017) ont, quant à eux, démontré l'efficacité durant les trois premiers mois de la TCC/MI via l'utilisation d'un programme informatique nommé SHADE sur la diminution de la consommation d'alcool.

Plusieurs thérapies peuvent alors être intéressantes dans le cadre de la mise en place d'une alliance thérapeutique. Une partie de ces thérapies ont déjà été approuvées pour leur efficacité dans de nombreuses études. Certaines sont encore à un stade exploratoire et nécessitent des recherches approfondies telle la TCC/MI avec le programme SHADE (Kay-Lambkin et al., 2017).

Afin de conclure cette synthèse, notons que nos articles de recherches ne sont pas spécifiques à la personne âgée de 75 ans et plus et aucun ne fait référence aux EMS en particulier. Mais les notions émergentes nous paraissent congruentes et transférables pour cette tranche de population et dans ce type d'institution, pour autant que les individus ne présentent pas de troubles cognitifs. Ils nous ont permis de définir des déterminants importants ayant

une influence dans l'alliance thérapeutique, ainsi que des facteurs prédictifs de la diminution de la consommation d'alcool. Dès lors, la majorité de nos concepts de la question PICOT y sont abordés.

### **5.3 Perspectives pour la pratique infirmière**

Ce dernier chapitre de la synthèse et de la discussion des résultats, nous permet d'amener des pistes et des recommandations pour la pratique clinique infirmière.

Dans notre pratique infirmière, nous avons identifié grâce aux éléments qui ont précédé, que lors de la mise en place d'une alliance thérapeutique, la prise en compte du niveau de changement effectué par le patient avant le traitement est important car il impactera la consommation durant le traitement (Connors et al., 2017). Parallèlement, au début du traitement, la force d'engagement et l'initiation, la motivation de base et l'auto-efficacité du patient sont aussi des facteurs dont nous devons tenir compte car ils ont également une influence autant sur la consommation d'alcool que sur l'alliance thérapeutique (Aharonovich et al., 2014 ; Cook et al., 2015 ; Maisto et al., 2015 ; Wolfe et al., 2013).

Encore, Setodji et al. (2018) recommandent l'instauration d'un traitement précoce après l'identification d'un trouble de la consommation. Ceci aura beaucoup plus d'influence que la quantité de traitement reçue. Nous avons également relevé à travers les articles, plusieurs thérapies que le soignant

pourrait utiliser et qui ont des résultats significatifs sur la création d'une alliance thérapeutique plus forte, ceci permettant la réduction de la consommation d'alcool. Il s'agit entre autres de : La « *Collaborative Care* » qui augmente la probabilité d'initiation et l'engagement à un traitement (Setodji et al., 2018) ; l'entretien motivationnel combiné à l'*HealthCall* qui permet une nette réduction de l'usage d'alcool (Aharonovich et al., 2014) ; la *Motivational Enhancement Therapy* (MET) qui favorise l'alliance thérapeutique durant le traitement mais qui n'a pas de résultats significatifs sur le long-terme (Kan et al., 2014 ; Maisto et al., 2015) ; La Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) seule et/ou associée à l'entretien motivationnel (MI) avec le programme informatique SHADE qui peut être un outil probant à court-terme. À noter qu'à long-terme, la TCC/MI avec un thérapeute ainsi que la thérapie de soutien (PCT) ont de très bons résultats (Kay-Lambkin et al., 2017 ; Prince et al., 2016). Nous relevons alors qu'il est important de tenir compte de l'efficacité dans le temps de ces thérapies ainsi que des facteurs prédictifs (de l'alliance thérapeutique et de la consommation d'alcool) relevés lors d'une première évaluation avec le patient, dans le but de cibler la thérapie la plus adéquate pour le traitement de sa consommation.

Le SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) est un outil de dépistage d'abus d'alcool dans le but de cibler des interventions. Clark et al. (2017) soulignent que cet outil est efficace seulement lorsqu'il y a un suivi à long terme et l'absence de troubles cognitifs. Il serait alors intéressant

de le transférer en long suivi à une population en EMS ne présentant pas de déficiences cognitives.

Encore, nous relevons dans l'article de Magill et al. (2010), qu'il est possible d'inclure un proche dans les thérapies, pour autant que ce dernier ne cautionne pas le comportement addictif du patient et ne soit pas consommateur d'alcool lui-même. Cette approche pourrait être intéressante auprès des résidents en EMS qui sont soutenus par leur réseau social et familial.

Le *Working Alliance Inventory* (WAI) est un outil d'évaluation de l'alliance thérapeutique qui a été utilisé dans plusieurs études menées (Connors et al., 2017 ; Cook et al., 2015 ; Kan et al., 2014 ; Maisto et al., 2015 ; Prince et al., 2016 ; Urbanoski et al., 2011). Nous pourrions l'utiliser dans notre pratique afin d'avoir une idée de l'évolution de l'évaluation de l'alliance thérapeutique, d'autant plus qu'il a été prouvé que le score de l'alliance indiqué par le patient permet de prédire la consommation d'alcool (Connors et al., 2017 ; Cook et al., 2015).

Dans le cadre de la création d'une alliance thérapeutique, il est également important de tenir compte de facteurs négatifs pouvant l'influencer : l'anxiété, la dépression, les troubles cognitifs, certains délires et la coercition (Clark et al., 2017 ; Wolfe et al., 2013). Notez que cependant, une alliance thérapeutique forte réduit ces facteurs de détresse psychologique (Urbanoski et al., 2011).

Encore, nous soulignons l'importance de prendre en compte les activités proposées au sein d'un EMS et des relations du patient avec d'autres résidents consommant de l'alcool. Comme Dare et al. (2014) l'ont démontré, la socialisation et le type d'activités peuvent promouvoir la consommation. Ceci soulève un questionnement éthique quant à la prise en charge infirmière et l'instauration de potentielles limitations intimement liées aux valeurs institutionnelles.

Finalement, une étude a souligné l'importance de tenir compte des déficits quant au décodage émotionnel complexe chez autrui lors de thérapie (Grynberg et al., 2017). Ceci pourrait perturber la mise en place d'une alliance thérapeutique.

En conclusion, nous avons encore relevé que lors de la mise en place d'un traitement avec le patient, nous devons lui demander quelles sont ses préférences de rôles, soit une participation active ou passive au sein de l'alliance thérapeutique (Friedrichs et al., 2018). À noter qu'avec l'évolution sociétale de la cybersanté, les interventions technologiques sont prometteuses afin d'améliorer l'état de santé de patients souffrants de conduites addictives (Kay-Lambkin et al., 2017). Ainsi, il serait intéressant de voir dans quelles mesures ces outils pourraient être transférés dans les EMS, sachant que cela nécessiterait la formation du personnel et des personnes âgées quant à l'utilisation de ces derniers.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

Dans ce chapitre, nous allons développer les éléments que nous a apportés la réalisation de ce travail, ainsi que les facteurs contraignants et limitants identifiés. Ensuite, nous parlerons des limites avant de finir avec les perspectives pour la recherche future.

### **6.1 Apports du travail de Bachelor**

Ce Travail de Bachelor (TB) est pour nous la finalité concrète de notre formation et nous a permis d'affiner et de mettre en œuvre notre méthodologie de recherche, l'analyse de données probantes et d'élargir nos connaissances sur un sujet de santé actuel qui nous tenait à cœur.

La thématique que nous avons choisie fait référence à de nombreuses expériences vécues pour chacune de nous durant nos périodes de stages, et notamment la question de la consommation d'alcool de la personne âgée en Établissement Médico-Social (EMS). Dans différentes institutions, nous avons pu observer différentes philosophies quant à la manière d'aborder ce sujet et qui soulèvent parfois des questionnements éthiques.

Au terme de cette recherche, nous relevons des éléments contraignants qui ont, à certains moments, perturbé la réalisation de ce dernier. Nous faisons référence tout d'abord à la difficulté d'appréhender le fonctionnement des bases de données. De plus, nous avons perçu des difficultés de compréhension de certains articles scientifiques retenus, de par la complexité d'aborder la littérature en anglais.



Encore, lors des périodes de formations pratiques, nous avons toutes des tranches horaires différentes et il était parfois difficile de trouver des moments dans lesquels nous étions toutes disponibles afin de nous rencontrer. De plus, les stages sont des périodes parfois fatigantes avec beaucoup de travail annexe selon l'institution, et cela s'est fait ressentir sur la motivation à réaliser ce travail après une journée en stage.

Le fait d'être à trois a été pour nous un élément autant facilitant que contraignant. En effet, les avis divergeaient parfois et le rythme et la manière de travailler était différente. Malgré tout, nous avons réussi à conserver une bonne harmonie et cohésion de groupe. Nous prenions le temps de discuter et de trouver des solutions qui convenaient à toutes. De plus, nous avons perçu un grand intérêt à être plusieurs, de par la nécessité de communication et de collaboration, une compétence essentielle en tant que futures professionnelles.

Finalement, nous aimerions également souligner la disponibilité de notre directeur TB, qui nous a permis d'avoir un suivi adéquat et régulier dans la réalisation de ce travail.

## **6.2 Limites**

Nous mettons en évidence plusieurs limites à cette recherche. Premièrement, et avec du recul, notre question de départ nous a paru peu structurée et complexe bien que nous l'avions choisie car elle représentait pour

nous une problématique de santé actuelle. Elle était également déjà orientée sur la population vieillissante et sur les structures d'accueil, par conséquent, nous avons fait le choix de ne pas nous décentrer du sujet de base et d'explorer d'autres perspectives qui auraient pu être intéressantes.

Deuxièmement, afin d'obtenir le nombre d'articles acceptables, nous avons dû exclure le terme d'EMS de nos descripteurs de recherche dans les bases de données, car nous ne trouvions pas d'études traitant de notre thématique dans ces structures. De plus, aucun article retenu n'a abordé tous nos concepts de la question PICOT, bien qu'ils étaient centrés dans notre sujet.

Troisièmement, en reprenant les conclusions de nos articles, plusieurs thérapies paraissent congruentes dans la prise en charge des patients alcooliques et participant à la mise en place d'une bonne alliance thérapeutique, mais la plupart ne mentionnent pas leur efficacité chez les personnes âgées résidentes en EMS.

Une quatrième limite que nous constatons est que nous ne sommes pas allées sur le terrain dans des EMS, afin de recueillir des informations sur les interventions existantes et mises en place en matière de gestion de la consommation d'alcool, selon leur politique institutionnelle et leurs approches thérapeutiques. En revanche, chacune a été en stage dans un EMS et a pu rapporter des éléments et des observations personnelles dans la rédaction de ce travail. De plus, Madame Manon Mendez, infirmière au Centre Neuchâtelois d'Alcoologie (CENEA), nous a également éclairées sur les formations existantes actuellement dans le canton. Ceci, afin de sensibiliser le personnel soignant à

la problématique de dépistage et de gestion de la consommation d'alcool dans des établissements pour personnes âgées.

Finalement, dans la plupart de nos articles, les évaluations de l'alliance thérapeutique et de la consommation d'alcool sont souvent des auto-évaluations via des questionnaires et des auto-déclarations. Les limites des articles eux-mêmes soulignent que les résultats peuvent par conséquent être biaisés.

### **6.3 Perspectives pour la recherche**

Pour conclure ce travail de Bachelor, nous proposons plusieurs perspectives et pistes réflexives pour les recherches futures. Nous avons identifié précédemment dans les limites que les thérapies ayant des résultats positifs sur l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool n'ont pas été testées sur des échantillons de personnes âgées. Il serait par conséquent intéressant de mener des études dans des structures d'accueil pour personnes âgées et notamment en EMS. L'étape suivante serait dès lors, la mise en place de l'outil le plus probant dans ces structures. Mais pour cela, le soutien de l'équipe soignante est requis, c'est pourquoi une sensibilisation et des formations à cette thématique sont nécessaires.

Pour la recherche future, il serait intéressant d'intégrer et de tenir compte de la dimension éthique quant au sujet de la consommation d'alcool chez les personnes vieillissantes. Il serait également pertinent de relever les moyens

de coercition mis en place et dans quelles limites les appliquer, sachant que l'étude de Wolfe et al. (2013) démontrent que des moyens de pression n'ont pas de résultats positifs dans les prises en charge et l'instauration d'une alliance thérapeutique en vue d'une réduction de la consommation alcoolique.

Finalement, dans l'optique de prendre en charge des patients présentant des troubles cognitifs, il serait potentiellement congruent de mener des études sur cette population afin d'identifier si les outils thérapeutiques proposés ont des effets significatifs sur l'alliance thérapeutique et la réduction de la consommation d'alcool. Cela, sachant que l'étude de Clark et al. (2017) soulève que la présence de troubles de la cognition augmente l'abus d'alcool.

Afin de conclure dans la positivité, nous remarquons une évolution quant à la mise en place de moyens de sensibilisation à cette thématique, qui tend à être plus reconnue comme problématique de santé publique.

## **Chapitre 7 : Références**

- Addiction Suisse. (2011). *Alcool et médicaments en vieillissant*. Lausanne et Zürich : Addiction Suisse.
- Addiction Suisse. (2017). Faits et chiffres. Repéré à <http://faits-chiffres.addictionsuisse.ch/fr/alcool/consommation/frequence.html>
- Addiction Suisse. (2018). *Alcool*. Lausanne : Addiction Suisse.
- Addiction Suisse. (2018). Trop, c'est combien? Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/aide-et-conseil/trop-cest-combien/>
- Aharonovich, E., Stohl, M., Ellis, J., Amrhein, P., & Hasin, D. (2014). Commitment strength, alcohol dependence and HealthCall participation: Effects on drinking reduction in HIV patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 135(1), 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.015>
- Ankers, N. (2015). *Habitat senior* (2014e éd.). Berne : Curaviva Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées. Repéré à <https://www.curaviva.ch>
- Aquino, J.-P., Cudennec, T., & Barthélémy, L. (2016). *Guide pratique du vieillissement*. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson.
- Auger, L. (1972). *Communication et épanouissement personnel*. Montréal : Editions du CIM.
- Bee, H. L., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie: Psychologie du développement humain*. Saint-Laurent: Erpi.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Blames, A. (2007). *Vieillesse normale et pathologique*. Montpellier-Nîmes : Centre de Gériatrie Clinique.
- Boeree, G. C. (2006). Carl Rogers. *Personality Theories*. Repéré à <http://webpace.ship.edu/cgboer/rogers.html>
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique humaniste*. Québec : Lamarre.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7e éd.). St-Louis : Mosby.

- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). Integrated theory and knowledge development in nursing (8e éd.). St-Louis : Mosby.
- Clark, B. J., Jones, J., Diandra Reed, K., Hodapp, R., Douglas, I. S., Pelt, D. Van, ... Moss, M. (2017). The experience of patients with alcohol misuse after surviving a critical illness a qualitative study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(7), 1154-1161. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201611-854OC>
- Collège Romand de Médecine de l'Addiction - COROMA. (2009). *Neurosciences De L'addiction*.
- Connors, G. J., Maisto, S. A., Schlauch, R. C., Dearing, R. L., Prince, M. A., & Duerr, M. R. (2017). Therapeutic Alliances Predict Session by Session Drinking Behavior in the Treatment of Alcohol Use Disorders. *HHS Public Access*, 47(3), 549-562. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31823da96d.Hydrogen>
- Consoli, S. M. (2006). Alliance thérapeutique. *Elsevier Masson*, 67(6), 645-647.
- Consommation d'alcool. (2018). L'alcool...un problème pour moi? Repéré à <http://www.consommationdalcool.ch/pour-les-concernes/>
- Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015). The Role of the Working Alliance in Treatment for Alcohol Problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 371-381. <https://doi.org/10.1037/ad0000058>
- Cottraux, J. (2006). Les thérapies comportementales et cognitives. *Stratégies Mise au point*, 451-455.
- Dare, J., Wilkinson, C., Allsop, S., Waters, S., & Mchale, S. (2014). Social engagement, setting and alcohol use among a sample of older Australians. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 524-532. <https://doi.org/10.1111/hsc.12110>
- Despland, J., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Médecine et hygiène*, 4(58), 1877-1880.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fischer, B., & Telser, H. (2014). Coûts liés à l'alcool en Suisse. *Polynomics*.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Friedrichs, A., Silkens, A., Reimer, J., Kraus, L., Scherbaum, N., Piontek, D., ... Buchholz, A. (2018). Role preferences of patients with alcohol use disorders.

Addictive Behaviors, 84(May), 248 254.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.05.002>

Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière Clinicienne*, 11(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000084849.96385.85>

Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2017). *Monitoring suisse des addictions Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2016*. Lausanne, Suisse: Addiction Suisse.

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>

Grynberg, D., Maurage, P., & Nandrino, J. L. (2017). Preserved affective sharing but impaired decoding of contextual complex emotions in alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(4), 779 785.  
<https://doi.org/10.1111/acer.13330>

Hervy, M.-P., Molitor, M.-B., Beguin, V., Chahbenderian, L., & Farah, S. (2005). *Soins infirmiers : Gériologie et gériopsychiatrie (4e éd.)*. (S.l.) : Elsevier Masson.

Houde, R. (1999). *Le temps de la vie : le développement psychosocial de l'adulte (3e éd.)*. (S.l.) : Gaëtan Morin.

Kan, L. Y., Henderson, C. E., Von Sternberg, K., & Wang, W. (2014). Does change in alliance impact alcohol treatment outcomes? *Substance Abuse*, 35(1), 37 44. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.792761>

Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Palazzi, K., Lewin, T. J., & Kelly, B. J. (2017). Therapeutic Alliance, Client Need for Approval, and Perfectionism as Differential Moderators of Response to eHealth and Traditionally Delivered Treatments for Comorbid Depression and Substance Use Problems. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(5), 728 739.  
<https://doi.org/10.1007/s12529-017-9676-x>

Lichtenberg, P. A. (1999). *Assessment in clinical gerontology*. Canada : John Wiley & Sons, Inc.

Magill, M., Mastroleo, N. R., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 391 398.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.07.006>



- Maisto, S. A., Roos, C. R., O'Sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Witkiewitz, K. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in project MATCH. *HHS Public Access*, 39(3), 504-513. <https://doi.org/10.1111/acer.12649>
- Melnik Mazurek, B., Gallagher-Ford, L., Long English, L., & Fineout-Overholt, E. (2014). The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability. *Melnik Mazurek, B., Gallagher-Ford, L., Long Eng. Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Mendrek, A. (2015). Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie? *Santé mentale au Québec*, 39(2), 57-54. <https://doi.org/10.7202/1027832ar>
- Menecier, P. (2010). *Les aînés et l'alcool*. (S.l.) : érès.
- Ministère de la santé et de la protection Sociale. (2004). Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Paris, France : Ministère de la santé et de la protection sociale Décret.
- Odier, G. (2012). *Carl Rogers: Etre vraiment soi-même*. Paris : Eyrolles.
- Office Fédéral de la Statistique. (2017). Institution médico-sociales: nombres de clients selon l'âge et le sexe. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.6526714.html>
- Oliverstein, C. (1983). *La drogue ou la vie*. Paris, France : Robert Laffont.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). Définition de la santé. Repéré à <https://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1987). *Traitement de la douleur cancéreuse*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Vieillesse. Repéré à <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal : Chenelière Edition.
- Perlemuter, G., Perlemuter, L., Pitard, L., & Quevauvilliers, J. (2010). *Cycles de la vie et grandes fonctions*. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson.

- Phaneuf, M. (2016). L'alliance thérapeutique comme instrument de soins, (66), 1 9.
- Prince, M. A., Connors, G. J., Maisto, S. A., & Dearing, R. L. (2016). Within treatment therapeutic alliance ratings profiles predict posttreatment frequency of alcohol use. *HHS Public Access*, 118(24), 6072 6078. <https://doi.org/10.1002/cncr.27633.Percutaneous>
- Psychiatric Association American. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux (5e éd.)*. Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson.
- Reynaud, M. (2008). *Traité d'addictologie*. Paris : Médecine Sciences.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Cambridge : The Riberside Press.
- Rogers, C. (2009). *Psychothérapie et relations humaines*. Issy-les-Moulineaux Cedex : ESF.
- Rogers, C., & Kinget, M. G. (1962). *Psychothérapie et relations humaines*. Montréal : Université de Louvain.
- Setodji, C. M., Watkins, K. E., Hunter, S. B., McCullough, C., Stein, B. D., Osilla, K. C., & Ober, A. J. (2018). Initiation and engagement as mechanisms for change caused by collaborative care in opioid and alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 192(September), 67 73. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.027>
- Stop-alcool. (2018). *Alcool : usage, mésusage et dépendance*. stop-alcool. Repéré à <https://www.stop-alcool.ch/la-consommation-d-alcool/usage-mesusage-et-dependance>
- Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 344 351. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.013>
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2187 2195. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.017>

## **Chapitre 8 : Annexes**

## 8.1 Annexe 1 : Tableau 4 : Consommation quotidienne en 2016

Tableau 4

*Consommation quotidienne en pourcentage de différentes substances en*

*2016*

<i>Consommations en pourcentage</i>	<i>cannabis<sup>2</sup></i>	<i>Cocaïne<sup>3</sup></i>	<i>Héroïne<sup>4</sup></i>	<i>Autres drogue<sup>5</sup></i>	<i>Alcool<sup>6</sup></i>
<i>Total</i>	33.8	4.2	0.7	0.9	9.4
<i>Femmes</i>	29.0	2.4	0.4	0.5	6.5
<i>Hommes</i>	38.9	6.2	1	1.3	12.5
<i>15-19</i>	29.5	0.8	0	1.3	0.3
<i>20-24</i>	54.5	4.7	0.1	3	1.1
<i>25-34</i>	55.9	8.4	1.1	1.8	2.1
<i>35-44</i>	45.0	6.5	1.1	1	4.6
<i>45-54</i>	36.4	5.5	1.6	0.3	8.5
<i>55-64</i>	23.3	2.4	0.4	0,3	11.9
<i>65-75</i>	10.7	0.6	0	0	22.2
<i>75+</i>	2.1	0.0	0	0.1	26.2

<sup>2</sup> Prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis (2016)

<sup>3</sup> Prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne (2016)

<sup>4</sup> Prévalence au cours de la vie de la consommation d'héroïne, (2016)

<sup>5</sup> Prévalence durant les 12 derniers mois de la consommation d'une drogue autre que le cannabis, l'héroïne et la cocaïne (2016)

<sup>6</sup> Consommation 1 fois par jour d'alcool au cours des 12 derniers mois (2016)

## **8.2 Annexe 2 : Liste des manifestations du trouble de l'usage de l'alcool**

Rappel de la définition du trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-5 :

*« Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois : »*

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée.
2. Désir persistant ou efforts infructueux afin de diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires afin d'obtenir de l'alcool, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à la maison ou à l'école.
6. Consommation continue de l'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Abandon ou réduction d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants à cause de l'usage de l'alcool.

8. Consommation répétée d'alcool dans les situations où cela peut-être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a) Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
  - b) Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a) Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (Cf : critères A et B du sevrage de l'alcool, DSM-5, p.593).
  - b) L'alcool (ou substance proche comme benzodiazépines) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

### 8.3 Annexe 3 : Recherche d'articles base de données CINAHL

Tableau 5

#### *Descripteurs et nombre d'articles sur CINAHL*

<b>CINAHL</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
<b>Mots clés Anglais</b>	Aged	Alcoholics	Nursing home	(Patient) Participation	Alliance
<b>Descripteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aged</li> <li>• Aged, 80 and over</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholics</li> <li>• Alcoholic Beverages</li> <li>• Behavior, Addictive</li> <li>• Substance Dependence</li> <li>• Alcohol-Related Disorders</li> <li>• Alcoholism</li> <li>• Alcohol Abuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing Homes</li> <li>• Nursing Home Patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumer participation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavior and Behavior Mechanisms</li> <li>• Interpersonal Relations</li> <li>• Professional-Client Relations</li> <li>• Therapeutic Alliance</li> </ul>
<b>Nombre d'articles en associant les termes avec OR</b>	712'434	41'526	30'094	17'006	47'181
<b>N°</b>	1	2	5	3	4

Tableau 6

#### *Recherches sur CINAHL*

<b>Base de données</b>	<b>Recherche d'articles selon terme</b>	<b>Nombre d'articles</b>	<b>Articles sélectionnés</b>	<b>Articles retenus</b>
CINAHL	1 AND 2 AND 4	30	3	2
	1 AND 2 AND 3	4	0	0
	2 AND 3 AND 4	2	0	0
	1 AND 2 AND 3 AND 4	0	0	0
	1 AND 2 AND 5	10	0	0

## 8.4 Annexe 4 : Recherche d'articles base de données PsycInfo

Tableau 7

*Descripteurs et nombre d'articles sur PsycInfo*

PsycInfo	P	P	P	I	O
Mots clés Anglais	Aged	Alcoholics	Nursing home	(Patient) Participation	Alliance
Descripteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aged</li> <li>• Aging</li> <li>• Geriatrics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholism</li> <li>• Alcohol Abuse</li> <li>• Alcohol Drinking Patterns</li> <li>• Drinking behavior</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Client participation</li> <li>• Carticipation</li> <li>• Treatment compliance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutic alliance</li> <li>• Treatment</li> <li>• Psycho-therapeutic processes</li> <li>• Cognitive behavior therapy</li> <li>• Behavior modification</li> <li>• Behavior therapy</li> <li>• Cognitive therapy</li> </ul>
Nombre d'articles en associant les termes avec OR	62'810	61'748		23'834	159'829
N°	1	2		3	4

Tableau 8

*Recherches sur PsycInfo*

Base de données	Recherche d'articles selon terme	Nombre d'articles	Articles sélectionnés	Articles retenus
PsycInfo	1 AND 2 AND 4	29	2	0
	1 AND 2 AND 3	0	0	0
	2 AND 3 AND 4	33	2	1
	1 AND 2 AND 3 AND 4	0	0	0
	1 AND 3 AND 4	0	0	0
	2 AND 4	120	1	1



## 8.5 Annexe 5 : Recherche d'articles base de données PubMed

Tableau 9

### *Recherches sur PubMed*

Base de données	Recherche d'articles selon terme	Nombre d'articles	Articles sélectionnés	Articles retenus
PubMed	Therapeutic Alliance AND Patient Participation AND Alcoholism	3	1	1
	Therapeutic Alliance AND Alcoholism AND Aged	13	8	8
	Therapeutic Alliance AND Alcoholics	4	2	1
	Patient acceptance of health care AND Alcoholism AND Therapeutic Alliance	4	0	0
	Alcoholism AND Aged AND patient participation	56	1	1

## 8.6 Annexe 6 : Grilles de Fortin

### Social engagement, setting and alcohol use among a sample of older Australians.

*Dare, J., Wilkinson, C., Allsop, S., Waters, S., & Mchale, S.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre : « Engagement social, environnement et consommation d'alcool chez un échantillon d'Australiens âgés » nous précise la population (personnes âgées australiennes) et les concepts clés (l'engagement social, l'environnement et la consommation d'alcool)
<b>Résumé</b>	Le résumé nous indique la volonté des auteurs de réaliser une recherche sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées dans une perspective sociale. Le but était d'identifier et d'expliquer les facteurs qui influencent la consommation d'alcool. Pour ceci des entrevues ont été réalisées auprès de 20 hommes et 22 femmes âgés de 65 à 74 ans vivant dans des résidences privées ou des villages de retraite. Les résultats de l'étude indiquent que la consommation d'alcool est liée à l'engagement social et qu'une consommation modérée d'alcool semble jouer un rôle important en tant que " lubrifiant social ". Les principaux facteurs facilitants la consommation d'alcool sont la fréquence des occasions d'engagement social et l'accès à un groupe social.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	Les auteurs relatent les effets de l'alcool chez les personnes âgées. Une augmentation perceptible de la quantité d'alcool consommée par les personnes âgées et une augmentation des dommages causés par l'alcool ont été observées (Smith & Foxcroft 2009, Royal College of Psychiatrists 2011). Les personnes âgées ont été reconnues comme un groupe de populations présentant un risque accru de méfaits liés à l'alcool en raison des changements physiologiques liés au vieillissement. Les auteurs précisent que beaucoup d'études se sont centrées sur les conséquences négatives de l'alcool sur cette population, mais que peu d'études ont cherché les avantages sociaux potentiels de la consommation faible à modérée, ou les liens entre le contexte social et la consommation d'alcool chez les aînés. Aucune recherche publiée n'a cherché à identifier les facteurs qui facilitent et/ou limitent la consommation d'alcool chez les personnes âgées vivant dans différents milieux résidentiels.
<b>Recension des écrits</b>	Une recension des écrits a été faite afin de comprendre le sujet et de cibler les études sur ce sujet. Les articles de dates de 1995 à 2012.

<b>Cadre de recherche</b>	Les concepts de l'engagement social, l'environnement et la consommation OH ne sont pas définis. La recension des écrits se base sur de nombreuses études qui concernent les concepts clés mais aucune définition n'y apparaît. La méthodologie de recherche sous-jacente n'est non plus explicitée.
<b>Buts et question de recherche</b>	Les chercheurs se sont penchés sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées vivant dans des résidences privées et des villages de retraités à Perth, en Australie occidentale, afin de comprendre le contexte social de la consommation d'alcool chez cette population. La recherche a porté sur les questions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel rôle l'alcool joue-t-il dans la vie des personnes âgées ?</li> <li>2. Quels facteurs facilitent ou limitent la consommation d'alcool dans différents milieux résidentiels ?</li> <li>3. Comment le cadre influence-t-il la consommation d'alcool chez les personnes âgées ?</li> </ol>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	Les participants étaient 20 hommes et 22 femmes entre 65 et 74 ans ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents et vivant dans des villages de retraite, financés par des résidences laïques et dans des résidences privées. L'échantillonnage ciblé a été choisi pour s'assurer que les participants étaient en mesure d'offrir un aperçu approfondi des processus sociaux associés à leur consommation d'alcool. Ce groupe d'âge a été choisi parce qu'il est plus susceptible de consommer de l'alcool que les autres personnes âgées de 75 ans et plus. Les participants devaient répondre à des critères d'inclusions. Les participants ont été recrutés au moyen d'avis diffusés dans les radios communautaires et les journaux locaux. Les auteurs ne précisent aucun moyen pour accroître l'échantillon.
<b>Considérations éthiques</b>	The Edith Cowan University Human Research Ethics Committee a donné son approbation éthique, et chaque participant a reçu des renseignements sur l'étude et a donné son consentement éclairé par écrit.
<b>Devis de recherche</b>	C'est une étude qualitative et transversale. Des entretiens de 40 minutes ont été réalisés, ce qui présente la participation totale de chaque participant.
<b>Modes de collectes de données</b>	Des entrevues approfondies ont été réalisées pour recueillir des données démographiques, la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool et pour explorer la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Les entrevues ont été jugées les plus appropriées pour cette recherche afin de mieux comprendre le rôle du contexte et du cadre dans la formation sociale de la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Aucun autre outil pour la collecte des données n'est précisé.

<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Des entrevues en personne d'une durée d'environ 40 minutes ont été réalisées entre juin et septembre 2011 au domicile des participants. Les entrevues ont été enregistrées numériquement et ont commencé par une première question " parlez-moi de vous " qui a permis aux participants de se sentir plus détendus et " entendus ". Toutes les entrevues ont été menées par une assistante de recherche (AR) âgée de 51 ans, qui avait plus de 10 ans d'expérience des entrevues avec des personnes âgées.</p> <p>Les questions d'entrevue portaient sur les domaines suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evolution des niveaux d'activité sociale au cours des 5 à 10 dernières années.</li> <li>2. Types et fréquence des activités sociales.</li> <li>3. Disponibilité et consommation d'alcool lors d'activités sociales.</li> <li>4. Liens entre les activités sociales et la consommation d'alcool.</li> <li>5. Pression sociale et consommation d'alcool.</li> <li>6. Comparaisons entre la consommation d'alcool à la maison et les activités sociales.</li> <li>7. Perceptions de la consommation d'alcool dans les résidences privées par rapport aux villages de retraités.</li> <li>8. Rituels liés à la consommation personnelle d'alcool</li> </ol>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les entrevues ont été transcrites mot à mot et les données ont été analysées au moyen d'une analyse thématique. Pour commencer, le premier auteur et l'AR ont choisi au hasard deux entrevues en vue d'un codage ouvert préliminaire pour les classer dans des catégories descriptives générales liées aux questions de recherche ainsi qu'aux thèmes récurrents. Les catégories ont été examinées par un participant avant l'analyse des transcriptions restantes. Les autres transcriptions ont ensuite été codées à l'aide de ces catégories, puis les résultats ont été classés en thèmes généraux.</p> <p>Pour renforcer la confiance dans les résultats, la triangulation de la collecte des données a eu lieu avec l'enregistrement numérique des interviews, la prise de notes et l'enregistrement des informations et observations pertinentes après chaque interview.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Premièrement des informations sur l'échantillon sont données via un texte narratif et un tableau : tous les participants provenaient d'un niveau socioéconomique élevé. Quel que soit le lieu de résidence, plus des trois quarts de l'échantillon (n = 32) consommaient de l'alcool plus de 3 à 4 jours par semaine, cette consommation est considérée « à faible risque » selon une classification de la consommation à risque à long terme, élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé.</p> <p>Puis les résultats sont structurés selon les 3 questions du but de la recherche :</p>

1. L'analyse des données a révélé trois thèmes qui ont aidé à expliquer le rôle de l'alcool dans la vie des personnes âgées :

**Alcool et engagement social :** L'alcool était un élément important du tissu social pour les participants et semblait servir de " lubrifiant social " pour faciliter l'interaction et le processus de socialisation. De nombreux participants ont insisté sur la nature sociale de leur consommation d'alcool, comme un plaisir à partager avec les autres.

**Alcool et détente :** La majorité des participants a laissé entendre qu'ils consommaient de l'alcool pour se détendre. Les références à l'alcool et à la relaxation ont mis en évidence une réduction des responsabilités suite à la retraite, ce qui laisse plus de temps pour la socialisation. Dans certains cas, la retraite semble avoir contribué à une augmentation de la consommation d'alcool.

**Alcool, travail et loisirs :** Certains participants ont également décrit des schémas de comportement, suggérant que l'alcool était utilisé comme " marqueur " pour définir le " temps de travail " par rapport au " temps de loisir. "

En résumé, l'alcool a joué un rôle à multiples facettes dans la vie des personnes âgées interrogées. Loin d'être utilisé comme un mécanisme d'adaptation pour faire face à des situations et des émotions difficiles ou comme une aide pour faire face au deuil ou à la solitude, l'alcool semblait jouer un rôle important pour la majorité des participants en améliorant les situations positives et en facilitant le plaisir et la socialisation.

2. Les analyses ont permis de cerner quatre facteurs qui ont facilité ou limité la consommation d'alcool dans ses différents milieux :

**Engagement social :** est un facteur qui a à la fois facilité et limité la consommation d'alcool des participants. Certains d'entre eux ont fait remarquer que la réduction des occasions de socialisation après la retraite avait permis de réduire leur consommation d'alcool. Inversement, certains ont indiqué que leur consommation d'alcool avait augmenté depuis leur départ à la retraite et ont attribué cette hausse à une vie sociale plus active. De plus certains participants ont dit être moins conscients de la quantité d'alcool qu'ils consommaient durant ses activités et donc consommaient parfois plus.

**Norme sociale :** La majorité des participants ont indiqué que leur consommation d'alcool dépendait du type d'activité sociale, mais aussi des autres personnes présentes. De plus, plusieurs participants ont fait état de pressions subtiles pour qu'ils se conforment à un comportement approprié en matière de consommation d'alcool. Un homme et une femme ont indiqué qu'ils estimaient " boire trop d'alcool lorsqu'ils étaient seuls ". Cependant, lorsqu'ils boivent dans une situation sociale, ils réduisent leur consommation pour s'adapter à ce qui est considéré comme des limites socialement acceptables.

**Règlements auto-imposés :** La majorité des participants ont également décrit un certain nombre de règlements qu'ils se sont imposés pour réduire leur consommation, tels que la limitation de la consommation d'alcool avant les repas et au volant, la consommation d'alcool uniquement pendant les repas, le fait de ne pas mélanger des boissons alcoolisées, de ne pas boire seuls et d'allouer des journées sans alcool.

**La conduite :** De nombreux participants ont indiqué qu'ils réduisaient volontairement leur consommation d'alcool s'ils devaient conduire après. Par contre, si les participants n'avaient pas besoin de conduire, ils étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool, cette dynamique était d'autant plus marquée chez les personnes qui vivaient dans des villages de retraités.

Certains participants indiquaient qu'ils étaient plus préoccupés par les conséquences immédiates de la consommation d'alcool, plutôt que par les méfaits potentiels à long terme. Toutefois, il faut noter que la majorité des participants consommaient des quantités relativement modérées d'alcool et qu'il n'est donc pas surprenant d'après les auteurs que des aspects comme la santé n'ont pas occupé une place importante dans leur discussion.

3. Deux thèmes ont été identifiés afin d'examiner dans quelle mesure le lieu de résidence influence la consommation d'alcool des participants :

**Accès pratique et régulier à des activités sociales :** Alors que la majorité des participants ont suggéré que la consommation d'alcool serait similaire entre les différents milieux, beaucoup d'autres ont suggéré que la consommation d'alcool était plus élevée chez les personnes vivant dans les villages de retraités en raison du lien entre la disponibilité fréquente d'activités sociales et la consommation d'alcool, ce qui a été confirmé par de nombreux retraités. De plus certains participants ont précisé que certaines activités encourageaient la consommation d'alcool telle que les « happy hour ».

**Conduite :** Enfin, et comme nous l'avons mentionné précédemment, la disponibilité immédiate d'activités sociales dans les villages signifiait que les résidents n'avaient pas à s'inquiéter de conduire pour rentrer chez eux et qu'ils étaient donc plus susceptibles de boire. Par contre, si un participant devait conduire après une activité sociale, il s'agissait d'un important facteur limitant de la consommation d'alcool.

Les auteurs ne précisent pas s'ils ont fait évaluer les résultats par un expert ou un participant. Seulement les catégories ont été validées par un participant.

DISCUSSION	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>La discussion reprend les éléments significatifs des résultats, ils sont comparés avec des études antérieures. Cette étude rejoint les études antérieures dans ses résultats. Il en ressort que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'alcool est utilisé comme moyen d'engagement social et, surtout, l'engagement social facilite la consommation d'alcool</li> <li>▪ Le lieu de résidence joue un rôle dans la consommation d'alcool</li> <li>▪ Les normes sociales semblent à la fois faciliter et restreindre la consommation</li> <li>▪ La consommation d'alcool semble dépendre du type d'activité, du moment de la journée où l'activité a lieu et des personnes présentes</li> <li>▪ Les participants ont identifié une gamme de règlements qu'ils se sont imposés pour limiter leur consommation d'alcool</li> <li>▪ La conduite automobile est un prédicteur important de la consommation d'alcool.</li> </ul> <p><b>Limites :</b> L'échantillon était petit et n'était pas représentatif de tous les Australiens plus âgés, particulièrement en ce qui concerne le statut socioéconomique (SSE) des participants.</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Les données qualitatives suggèrent que le lieu de résidence est associé à la consommation d'alcool, avec des possibilités fréquentes et régulières d'engagement social et d'accès à un groupe social, ce qui pourrait faciliter une consommation plus fréquente. En outre, les données confirment les liens importants entre l'alcool et les modèles de socialisation chez les personnes âgées et attirent l'attention sur le rôle que joue l'alcool dans l'interaction sociale et le processus d'intégration dans certains villages de retraités.</p> <p><b>Recommandation :</b> Il est recommandé que les recherches futures explorent le milieu et son influence possible sur la consommation d'alcool au sein d'un échantillon plus vaste afin de déterminer si des stratégies spécifiques de prévention et de réduction des méfaits peuvent être nécessaires pour les résidents âgés. Ces résultats renforcent la nécessité pour les professionnels de la santé publique d'inclure une diversité d'approches qui ciblent les comportements individuels en matière de santé ainsi que les réseaux sociaux plus larges et les environnements dans lesquels les individus consomment de l'alcool.</p>

## Preserved Affective Sharing But Impaired Decoding of Contextual Complex Emotions in Alcohol Dependence.

*Grynberg, D., Maurage, P., & Nandrino, J. L.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre de l'article : partage affectif préservé, mais décodage altéré des émotions complexes contextuelles dans la dépendance à l'alcool, précise les concepts qui sont dépendance à l'alcool, l'émotion complexe. Cette étude est menée sur des individus dépendant à l'alcool et les individus contrôles (sains).
<b>Résumé</b>	Cette étude est menée auprès de 41 alcohol-dependent individuals (ADI) et 37 individus contrôles (CI) afin de déterminer si la dépendance à l'alcool est associée à une altération des capacités de décodage des émotions complexes contextuelles et à une altération du partage des émotions des autres. Les résultats démontrent que la dépendance à l'alcool a pour conséquence de diminuer la capacité à décoder les états émotionnels complexes, mais un partage préservé des émotions.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Dans cette étude, les auteurs cherchent à savoir s'il y a une différence au niveau de la capacité à décoder et partager les états émotionnels chez les ADI et les CI (individu control) dans des situations de la vie quotidienne.</p> <p>Beaucoup d'études ont été menées sur le sujet. Par exemple, une étude menée par Dethier et Blairy (2012) a montré que la ADI et CI ont eu les mêmes émotions pour ce qui concerne les expressions faciales des émotions de bases, et ne change pas non plus quant à leurs réponses émotionnelles aux autres.</p> <p>Les études menées sur le sujet ont montré un lien entre la dépendance à l'alcool et les troubles psychologiques pouvant causer des déficits interpersonnels.</p> <p>Les auteurs postulent que les difficultés interpersonnelles sont sous-jacentes à une reconnaissance et un partage réduit des états émotionnels des autres.</p>
<b>Recension des écrits</b>	Les auteurs commencent par faire un récit des études qui ont été menées sur le sujet afin d'avoir une idée des résultats récents. Cette recension a permis aux auteurs de se rendre compte qu'il existait des contradictions entre les résultats. De même, que des biais et certains manquements dans les autres études. Par exemple, les études préliminaires ont montré que les ADI nuisent à l'identification des postures émotionnelles.



<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les principaux concepts retenus dans cet article sont la dépendance à l'alcool et le partage d'émotion.</p> <p>Le cadre de recherche de cette étude est l'outil MET. Dans la recension des écrits, il est constaté dans les études antérieures, que le MET a été utilisé dans plusieurs études traitant du sujet. Il en ressort que le contexte dans lequel les individus vivent les émotions n'avait pas été pris en compte.</p>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de cette étude est de déterminer si la dépendance à l'alcool est associée à une altération des capacités à décoder des émotions complexes contextuelles et à une altération du partage des émotions des autres.</p> <p>Les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle :</p> <p>Les individus peuvent avoir une réponse affective en voyant une autre personne exprimer ses émotions. De plus, la réaction émotionnelle peut être liée à la détresse personnelle, au partage d'émotions ou à la sympathie.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>Les participants ont été recrutés dans 3 centres de désintoxication chez qui il a été diagnostiqué une dépendance à l'alcool.</p> <p>L'échantillon était constitué de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ADI : 41 patients (18 femmes et 23 hommes)</li> <li>- CI : 37 patients (24 femmes et 13 hommes)</li> </ul> <p>Les auteurs ont réalisé différents tests comme par exemple le Beck Depression Inventory afin de mieux cibler l'échantillon.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les participants ont reçu les informations concernant tous les détails de l'étude et ont donné leur consentement éclairé écrit avant de remplir les questionnaires.</p>
<b>Devis de recherche</b>	<p>C'est une étude transversale.</p> <p>Les différentes variables sont : les caractéristiques de consommation d'alcool (nombre de détoxification antérieure, durée de dépendance à l'alcool en années, la consommation d'alcool par jour), les mesures démographiques (l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, évaluation cognitive de Montréal (MOCA), les mesures psychopathologiques.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Pour l'analyse des données, les auteurs ont utilisé le progiciel SPSS software package (SPSS Inc., Chicago, IL). Les comparaisons de groupe ont été basées sur ANOVA. Les corrélations de Pearson ont été utilisées pour étudier le lien entre l'âge, le niveau d'instruction, la durée de la dépendance à l'alcool, le nombre de détoxifications, la dépression, l'anxiété et les réponses MET. Le niveau de signification a été fixé à <math>p &lt; 0,05</math>.</p>

<b>Conduite de la recherche</b>	Plusieurs outils ont été utilisés : Le Multifaceted Empathy Test (MET), pour le test d'empathie multidimensionnelle, le State and Trait Anxiety Inventory (STAI-T) pour l'inventaire des angoisses d'état et de caractère et le Beck Dépression Inventory (BDI) pour la mesure du niveau de symptômes dépressifs.
<b>Analyse des données</b>	Les caractéristiques démographiques et de consommation d'alcool sont présentées dans le tableau 1. Les résultats sont compréhensibles et mettent en évidence les extraits rapportés.
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	Les ADI et les CI ne présentaient pas de différence significative en termes d'âge, ou le sexe, mais les ADI avaient un niveau d'éducation inférieur. En plus, les ADI ont montré des scores plus élevés que les CI pour la dépression et anxiété. Les ADI ont présenté des performances inférieures à celles des CI lors du décodage d'états mentaux affectifs. Il n'y avait aucun effet de groupe pour le partage des émotions.
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	Les auteurs ont utilisé le MET pour vérifier les différentes questions de recherche. Les résultats concordent avec ceux des études antérieures qui ont mis en évidence que les ADI ont une altération de la capacité à mentaliser les états affectifs et une baisse des performances en matière de reconnaissance d'états émotionnels complexes par rapport au CI, même dans un contexte donné. Plus précisément, la présente étude fournit de nouvelles informations en montrant que lorsque les participants ont plus d'informations visuelles (c'est-à-dire qu'ils ne se limitent pas au regard), les ADI sont encore incapables de reconnaître les expressions faciales complexes. Le tableau 1 met en évidence historique de la consommation de l'alcool, les mesures démographiques, psychopathologiques et expérimentales pour les 2 groupes et montre que l'ADI et l'CI qu'il n'y a pas eu de différence quant à l'âge ( $F(1, 77) = 0,00$ ; $p = 1,00$ ) ou le sexe ( $p = 0,06$ ), mais l'ADI avait un niveau d'éducation inférieur. Le MET – Core pour le décodage de l'état mental affectif (la figure 2), montre que les ADI ont une performance moindre (inférieure) à celle du CI. Pour le partage des émotions, il n'y a eu aucun effet sur le groupe (pas de partage d'émotion positive ou négative) Les corrélations de Pearson ont révélé que, le niveau d'éducation n'a aucune influence sur les réponses données par les CI. Chez les ADI, ni l'âge, ou l'éducation, ni la durée de la dépendance à l'alcool et du nombre de détoxifications n'ont influencé les résultats.

	<p>Dans cette étude, la différence de sexe n'a eu aucune influence sur les résultats entre les 2 groupes. De plus, il n'existe aucune corrélation entre les mesures psychopathologiques (dépression et anxiété) et les résultats expérimentaux.</p> <p>La limite de cette étude repose sur le fait que, les capacités de partage des émotions sont mesurées indépendamment de la précision du décodage dans la procédure MET régulière.</p>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Pour la pratique clinique, cette étude met en évidence l'utilité de tenir compte des déficits dans le décodage de l'état mental d'autrui pour remédier aux troubles liés à l'alcool. De plus, cette étude a révélé que les ADI avaient leur capacité de partage émotionnel préservée.</p> <p>Plusieurs implications découlent de cette étude.</p> <p>Tout d'abord, l'altération du décodage d'expressions émotionnelles faciales complexes pourrait avoir un lien dans les perturbations des relations sociales. De même, un déficit de décodage peut également être à l'origine de difficultés interpersonnelles.</p> <p>De plus, les auteurs recommandent également de réaliser une étude longitudinale, car le caractère transversal de cette étude, ne permet pas d'affirmer que les déficits observés précédaient l'apparition d'un problème d'alcool et/ou s'ils étaient le résultat d'un abus prolongé de la consommation d'alcool.</p> <p>Il faudrait aussi tenir compte des antécédents de troubles psychiatriques et d'abus de substances psychoactives ainsi que l'effet de la durée de l'abstinence.</p>

## Initiation and engagement as mechanisms for change caused by collaborative care in opioid and alcohol use disorders.

*Setodji, C. M., Watkins, K. E., Hunter, S. B., McCullough, C., Stein, B. D., Osilla, K. C., & Ober, A. J.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Initiation et engagement en tant que mécanismes de changement causés par les soins axés sur la collaboration dans les troubles liés à la consommation d'opioïdes et d'alcool.
<b>Résumé</b>	Les auteurs cherchent à examiner sur un échantillon de 258 patients ayant des troubles de consommation d'opioïdes et d'alcool, l'effet des soins axés sur la collaboration (CC) sur l'abstinence. Les résultats indiquent que la CC augmente l'engagement et l'initiation et le traitement a partiellement médié l'effet de la CC sur l'abstinence au bout de 6 mois.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	Il y a peu de connaissances sur les mécanismes qui sous-tendent la relation entre la CC et l'amélioration des résultats. Il n'existe aucune étude qui examine si un traitement influence la relation entre la CC et l'amélioration de la dépression, de la consommation d'alcool ou autres drogues. En revanche, des études démontrent que les mesures d'initiation et d'engagement au traitement sont associées à de meilleurs résultats.
<b>Recension des écrits</b>	Les auteurs exposent les données concernant les troubles liés à la consommation d'alcool et d'opioïdes, quant aux touts élevés de morbidité et de personnes touchées par la dépendance. Les traitements sont efficaces, mais peu de personnes en bénéficient, soit car ils n'en perçoivent pas le besoin, soit car ils n'y ont pas accès (liste d'attente, stigmatisation, manque de disponibilité et d'accessibilité). Les soins primaires sont importants pour l'identification d'un trouble, mais peu de fournisseurs de soins offrent ce traitement.
<b>Cadre de recherche</b>	Les approches de soins axées sur la collaboration (CC) sont une approche systématique d'organisation et de coordination des soins pour les patients atteints de maladie complexe. Elles se basent sur le modèle de soins chroniques de Wagner et al. (2001) et permettent d'identifier les troubles, les évaluer et faciliter les prestations de soins améliorant ainsi les résultats (ex. l'abstinence, la dépression et les troubles anxieux). La CC se compose de 4 éléments fondamentaux qui sont axés sur l'équipe et la population, basés sur des mesures et fondés sur des données probantes.

<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Les auteurs présentent des analyses de données secondaires de l'essai contrôlé randomisé (ECR), le SUMMIT (Substance Use Motivation and Medication Integrated Treatment). Ils estiment l'efficacité de la CC à travers l'augmentation de l'initiation et de l'engagement dans un traitement pour les troubles de l'alcool et des opioïdes et examine la mesure dans laquelle l'initiation et l'engagement ont médié l'effet de la CC sur l'abstinence.</p> <p>L'hypothèse posée est que de recevoir la CC serait associé à l'initiation et l'engagement au traitement et que ces derniers seraient associés à une abstinence accrue et seraient des médiateurs dans la relation entre la CC et l'abstinence.</p> <p>Les Co variables sont l'âge, la race, l'origine ethnique, l'obtention d'un traitement pour toxicomanie au cours des 12 derniers mois et les effets cliniques.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>Les participants de deux grandes cliniques de Los Angeles ont été recrutés pour le SUMMIT. Ils se présentaient à une visite de soins primaires et leur consommation et d'autres drogues étaient positives suite à l'utilisation d'un questionnaire de dépistage rapide (le NIDA). Ils devaient avoir 18 ans ou plus, répondre aux critères diagnostics de trouble de la consommation d'opioïde/alcool selon l'ASSIST et accepter de participer. Les patients ayant un trouble psychique, abstinent depuis 30 jours et ayant reçu un traitement ont été exclus. L'échantillon N=258, dont n=149 avait seulement un trouble lié à l'alcool, n=4 lié aux opioïdes et n=105 les deux.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	Aucune indication.
<b>Devis de recherche</b>	C'est une analyse de données secondaires du SUMMIT, un essai randomisé contrôlé. Cette recherche a été financée par le National Institute on Drug Abuse (NIDA)
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>La principale mesure est l'abstinence auto déclarée de 30 jours pour les opioïdes et de 6 mois pour l'alcool.</p> <p>Les auteurs ont utilisé la méthode TimeLine Follow-Back (TLFB) et ont créé une mesure binaire de l'abstinence.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>La CC inclue un coordinateur de soins, une approche de gestion axée sur la population, des soins sur mesure, un médecin spécialiste en addiction et un psychologue clinicien. Le coordinateur a rencontré les participants lorsqu'ils ont eu un dépistage positif à un trouble de la consommation alcool/opioïdes afin d'évaluer leur motivation et les encourager à rencontrer un thérapeute en santé comportementale pour une évaluation et un traitement. Ils ont également inscrit les participants dans un registre électronique afin de suivre l'évolution du traitement.</p>

	<p>Les différents intervenants (coordinateurs, thérapeutes, et fournisseurs de soins) ont reçu des formations.</p> <p>L'initiation a été définie comme étant la réception, 14 jours après l'identification d'un trouble, d'une visite médicale (discussion de la consommation, brève visite thérapeutique, traitement).</p> <p>L'engagement est défini comme étant le fait de recevoir deux visites supplémentaires au moins dans les 30 jours suivant le début de l'initiation.</p> <p>Les participants aux soins habituels (UC), ont été mis au courant qu'ils recevaient un traitement pour les troubles de consommation.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Pour cette recherche, des analyses de sous-groupes ont été réalisées : les patients ayant seulement un trouble de consommation d'alcool et ceux qui avaient également un trouble de la consommation d'alcool, en plus d'un trouble comorbide.</p> <p>Les mesures de l'initiation et de l'engagement ont été définies selon l' Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)</p> <p>Les auteurs présentent des analyses descriptives et des analyses de la médiation.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Des tableaux et des figures présentent les résultats.</p> <p>Il existe des différences significatives dans l'engagement et l'initiation selon le niveau d'étude et le diagnostic.</p> <p>Les participants ayant reçu la CC sont plus susceptibles de commencer des soins pour leur trouble 14 jours suivant l'identification et de s'engager dans un traitement dans les 30 jours que les participants avec des conditions de soins habituelles.</p> <p>La CC a augmenté la probabilité d'initiation.</p> <p>La CC a entraîné une augmentation de 11.7% de l'abstinence. Une partie importante de cet effet total est attribuable à l'initiation du traitement pour les troubles dans les 14 jours.</p> <p>L'effet de la CC direct restant (l'effet de tous les autres mécanismes induits par la CC) était une augmentation de 7.9% de l'abstinence mais non significative.</p> <p>L'effet total de l'augmentation d'environ 12 % des résultats de la CC n'est pas attribuable l'engagement mais l'effet direct est significatif à 10,7%.</p> <p>Dans le groupe des troubles liés à la consommation d'alcool seulement, l'effet total de la CC est plus important que l'effet total observé dans l'échantillon complet (augmentation de 19,4 % de l'abstinence contre 11,7 % dans l'échantillon complet). L'effet de la CC sur l'abstinence chez les participants aux troubles liés à l'alcool ne s'explique ni par un engagement ni un traitement en cours.</p> <p>Dans le groupe de troubles alcooliques et opioïdes avec comorbidités, les effets totaux étaient faibles et non significatifs (3 % à 4 % de l'abstinence). Dans ce groupe, des effets attribuables à l'engagement et l'initiation ont été observés à 3.2%, et sont non significatifs.</p>

<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Le but était d'examiner si deux mesures du traitement, soit l'initiation et l'engagement, ont contribué à déterminer l'effet sur l'abstinence d'une intervention de soins axés sur la collaboration (CC) visant à traiter les troubles liés à l'alcool et/ou aux opiacés en soins primaires sur l'abstinence.</p> <p>L'intervention de la CC a augmenté la proportion des personnes des individus de l'échantillon à l'initiation et à l'engagement à suivre un traitement pour les troubles de consommation d'alcool et d'opioïdes. Ces derniers ont déclaré une abstinence de 30 jours à 6 mois. L'initiation à un traitement pour ces troubles a partiellement contribué à l'effet de l'intervention du CC sur l'abstinence. 32% de l'augmentation de l'abstinence est attribuable à l'intervention qui a entraîné une augmentation de l'initiation. L'engagement n'a pas contribué aux effets de l'intervention du CC sur l'abstinence.</p> <p>Pour l'ensemble de l'échantillon, la CC a influencé l'abstinence par une augmentation de l'initiation au traitement. Il est important de comprendre comment et pourquoi la CC exerce ses effets pour affiner et améliorer les modèles de soins de la CC. Il est de plus en plus évident que l'intégration des soins médicaux et des abus de substance comparativement aux soins non intégrés améliore les résultats pour les personnes atteintes de trouble de la consommation et est rentable.</p> <p>La CC pour les troubles de la consommation d'alcool et d'opioïdes dans les soins primaires mène à la fois à une meilleure utilisation du traitement et à l'abstinence. Les résultats donnent à penser que l'amélioration de l'état de santé des patients peut être moins liée à la quantité de traitement qu'ils reçoivent (mesurée par la durée du traitement) qu'à l'importance d'amorcer le traitement tôt après l'identification. Les résultats suggèrent que la CC peut fonctionner différemment pour les personnes souffrant d'un trouble lié à l'alcool par rapport à celles avec des troubles comorbides associés à l'alcool et aux opioïdes.</p> <p>Presque toutes les personnes atteintes d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes présentaient également une comorbidité liée au trouble lié à la consommation d'alcool. L'effet de la CC dans le groupe d'abus alcool seulement est déterminé par des facteurs autres que l'initiation et l'engagement, tandis que dans le groupe présentant des co-morbidités, l'effet sur l'abstinence peut être déterminé par l'engagement comme mécanisme de l'intervention. Notre étude suggère également que le CC pourrait travailler à améliorer l'abstinence par des mécanismes non identifiés.</p>

	<p>Les limites sont que l'étude n'a été menée que sur deux sites d'une seule clinique, les résultats ne peuvent donc être généralisés. Seulement 258 participants sur 377 participent au suivi, ce qui peut inclure des biais et la généralisation des résultats.</p> <p>Le biais de désirabilité sociale peut avoir influencé les participants des CC à déclarer davantage l'abstinence que les participants recevant des soins habituels</p> <p>La taille de l'échantillon a limité notre capacité d'examiner si le diagnostic a influé sur l'incidence de la CC sur les résultats ou si le type de traitement (thérapie brève ou CMC) avait de l'importance.</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Les recherches futures devraient examiner les facteurs des patients et les facteurs favorables associés à l'amorce d'un traitement par l'AUDOA.</p> <p>Le modèle d'Andersen (Andersen et Newman, 1973) sur les déterminants de l'utilisation des traitements pourrait fournir un cadre utile.</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires pour démêler les composantes efficaces du modèle de la CC.</p> <p>Les recherches futures devraient examiner si un modèle de soins CC est différemment efficace pour les personnes atteintes de différents types de troubles liés à l'utilisation de substances.</p>



## The Experience of Patients with Alcohol Misuse after Surviving a Critical Illness.

*Clark, B. J., Jones, J., Diandra Reed, K., Hodapp, R., Douglas, I. S., Pelt, D. Van, ... Moss, M.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre de l'article étant « l'expérience des patients souffrants d'abus d'alcool après avoir survécu à une maladie grave », les concepts (alcoolisme et abstinence à l'alcool) ainsi que la population sont bien ciblés.
<b>Résumé</b>	Les auteurs ont utilisé des entretiens semi-structurés afin de mener une étude auprès de patients abusant de la consommation d'alcool, hospitalisés dans l'unité de soins intensifs (USI). Ils démontrent que les interventions auprès des victimes de l'USI doivent tenir compte du contexte dans lequel les personnes décident de consommer de l'alcool. De plus, ils proposent que ces interventions puissent continuer après la sortie de l'hôpital.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème de recherche repose sur la forte consommation de l'alcool chez les patients survivants de l'USI. Cette problématique est pertinente dans la mesure où la consommation excessive d'alcool a des conséquences, comme par exemple une insuffisance respiratoire aiguë, le choc septique, etc. De plus, elle serait à l'origine de l'admission des patients dans les USI et du risque élevé de morbidité que courent les patients.</p> <p>Ils postulent que l'une des méthodes pour lutter contre cette problématique d'alcool est le dépistage (à l'aide d'un instrument validé), une intervention brève et l'orientation vers un traitement (SBIRT).</p> <p>Cette étude est pertinente pour plusieurs raisons. Premièrement, il n'existe pas à ce jour d'étude avec le SBIRT concernant les patients ayant survécu à une maladie grave. Deuxièmement, le SBIRT est une méthode qui a été efficace dans d'autres services comme par exemple en traumatologie et aux urgences. Finalement, les patients survivants d'une maladie grave du USI peuvent se distinguer des autres patients.</p>
<b>Recension des écrits</b>	Les auteurs mettent en avant au début de l'article l'efficacité de la SBIRT (outil de dépistage) utilisée au cours des dernières décennies dans des soins de santé.

	Les auteurs précisent qu'à ce jour, tous les patients gravement malades ont été exclus des études réalisées. De plus, les travaux antérieurs démontrent qu'à la sortie de l'hôpital, les patients rencontrent des obstacles quant à la motivation de changer notamment la présence de problèmes psychiatriques.
<b>Cadre de recherche</b>	Le SBIRT qui implique un dépistage de l'abus de l'alcool avec un instrument validé, ensuite la mise en place d'une intervention ciblée en fonction des besoins du patient. Les concepts clés tels que le dépistage de l'abus d'alcool sont mis en avant et coïncident avec l'objectif de l'étude.
<b>Buts et question de recherche</b>	Il s'agit de décrire l'expérience des patients souffrant de trouble de la consommation d'alcool survivant des soins intensifs pendant leur hospitalisation et 3 mois après leur sortie de l'hôpital pour mettre en place des interventions ciblées. Les patients étaient âgés de 18 ans et plus. L'expérience des patients a été séparée en 3 catégories pouvant faire l'objet d'une intervention spécifique. Il s'agit de la motivation avec complications, l'alliance thérapeutique et retour au milieu familial.
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	L'étude a été menée sur un échantillon de 50 patients admis dans un système hospitalier et faisant partie de l'une des unités de soins intensifs médicaux ou médico-chirurgicaux. 22 amis / membres de la famille ont été inscrits ; 10 patients avaient un membre de la famille ou un ami co-inscrit et 6 patients avaient deux membres de la famille ou amis.  L'évaluation de l'état de cognitif de chaque participant a été réalisée avec le Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) avec un score négatif requis. Il a été considéré que la saturation thématique était le moment où il était peu probable que la collecte de données supplémentaires produise de nouvelles informations.  La taille de l'échantillonnage a été définie soit 50 patients afin de permettre de réaliser au moins 25 entretiens en tenant compte du scénario défavorable d'un taux de suivi de 50% à 3 mois.
<b>Considérations éthiques</b>	L'étude a été approuvée par les comités d'examen institutionnels des établissements participants. Tous les participants ont fourni un consentement éclairé écrit.
<b>Devis de recherche</b>	Les auteurs ont utilisé une approche inductive. La collecte de données s'est faite par des entretiens puis analysée afin de rechercher les similitudes dans les différents thèmes abordés. Toutes les interviews ont été enregistrées numériquement en double

	<p>et transcrites intégralement. Un journal et des notes de terrain ont également été conservés pour renforcer l'authenticité.</p> <p>Finally, un logiciel Atlas.ti version 7.1 (Atlas.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, Allemagne) a permis le codage et l'analyse.</p> <p>Les entretiens se sont déroulés sur une année.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesures utilisés sont décrits pour chaque thématique de la recherche.</p> <p>Par exemple pour mesurer l'anxiété et la dépression (échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital [HADS]) a été utilisé, une déficience cognitive (batterie d'évaluation frontale [FAB]) et consommation d'alcool (suivi de la chronologie de l'alcool dans un délai de 90 jours). Les auteurs ont également collecté les scores de référence de physiologie aiguë et de santé chronique II (APACHE II) au départ. Les visites de suivi étaient prévues 3 mois après la sortie de l'hôpital. Puis finalement des entretiens semi-structurés.</p> <p>Après l'analyse des données, elles ont été conservées grâce au logiciel Atlas.ti version 7.1 (Atlas.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, Allemagne) a permis le codage et l'analyse.</p> <p>Les auteurs indiquent que les instruments utilisés sont ceux existants.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Les entretiens ont été réalisés individuellement, avec la personne, au téléphone lorsque cela n'était pas possible en personne. Toutes les interviews ont été enregistrées numériquement. Un journal et des notes de terrain ont également été conservés pour renforcer l'authenticité.</p> <p>L'expérience des patients a été divisée en trois domaines pouvant faire l'objet d'une intervention. Il s'agit de la motivation avec complications, l'alliance thérapeutique et le retour au milieu familial.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Une approche inductive qui implique le recueil de données, la classification et finalement l'analyse et la vérification a été utilisée. Ils ont respecté différentes étapes afin de s'assurer de l'authenticité et de la crédibilité des résultats. Le codage et l'analyse ont été pris en charge par le logiciel Atlas.ti version 7.1 (Atlas.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, Allemagne).</p> <p>Une fois les entretiens réalisés, les enquêteurs se sont rencontrés pour discuter des thèmes émergents afin d'avoir des informations complémentaires.</p>

<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Pour cette étude, les résultats sont proposés sous forme de tableau et de texte narratif.</p> <p>Pour la motivation avec complications : une grande majorité des patients étaient très motivés, mais les décisions concernant leur consommation d'alcool étaient influencées par l'anxiété et une dépression, de délire et /ou de troubles cognitifs. Ceci les amenait à consommer encore beaucoup plus de l'alcool. De plus, le délire présent chez certains patients les a empêchés de discuter de leur consommation.</p> <p>Pour l'alliance thérapeutique, plusieurs patients avaient décidé d'arrêter la consommation abusive d'alcool. Le résultat a été l'échec à établir d'une bonne relation de travail basée sur la confiance mutuelle, une communication optimale et une coopération.</p> <p>Le retour à domicile : les patients pensaient avoir changé, mais ont très vite été confrontés une fois au domicile à des obstacles (réseau social et isolement social) liés au sevrage de l'alcool.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Le SBIRT n'est pas un outil efficace pour lutter contre l'abus d'alcool car il est délivré à un moment où les patients peuvent être atteints de troubles cognitifs, ne pourraient pas créer une alliance thérapeutique et ne pas continuer après la sortie de l'hôpital.</p> <p>Oui les résultats concordent les travaux antérieurs qui ont montré qu'avant la sortie de l'hôpital, les patients rencontrent plusieurs obstacles quant à la motivation à changer, notamment une déficience cognitive et la présence d'autres problèmes psychiatriques tels que la dépression ou l'anxiété.</p> <p>Plusieurs limites ont été identifiées :</p> <p>L'échantillon qui a été sélectionné est un échantillon de commodité c'est-à-dire qu'il n'est pas représentatif de la population cible. Les auteurs ont sélectionné les participants parce qu'ils avaient facilement accès. De plus, les patients ont été recrutés pendant leur hospitalisation à un moment où leur délire ou leur déficience cognitive s'était amélioré de manière à ce qu'ils puissent donner leur consentement éclairé.</p> <p>Il est probable que les patients des établissements de soins de longue durée ou de soins infirmiers spécialisés qui avaient reculé leur congé n'aient pas été pris en compte pour l'étude. Par conséquent, la déficience physique ne constituait pas un thème majeur de l'étude, pourtant c'est une variable qui semble importante dans la prise de décision pour certains survivants de l'USI. Finalement, nous ne retrouvons pas dans cette étude des hypothèses ce qui contraste avec le caractère qualitatif de cette recherche.</p>

	Une alliance thérapeutique forte est associée à de meilleurs résultats dans le traitement de l'alcoolisme, mais peut être difficile à développer dans le contexte d'une maladie grave.
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les auteurs proposent qu'une intervention commence à l'hôpital, qu'elle soit effectuée par la même personne et se poursuive après la sortie de l'hôpital.

**To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients.**

*Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre « <i>Imposer ou participer : La relation entre la coercition, la motivation au traitement et l'alliance thérapeutique au sein des clients des services communautaires de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme</i> » met en évidence les concepts clefs et précise la population (toxicomanie et alcoolique), la problématique (la relation entre la coercition, la motivation au traitement et l'alliance thérapeutique), ainsi que le contexte (services communautaires).
<b>Résumé</b>	Le résumé est synthétique mais pas clairement structuré. Le but de l'étude est d'examiner les caractéristiques des clients qui fréquentent un service communautaire de counselling en matière de drogue et d'alcool par rapport à trois variables : la coercition, la motivation et l'alliance thérapeutique ainsi que l'effet de ces variables sur les résultats du traitement après 15 semaines. Les 77 clients ont effectué une évaluation téléphonique au début et à la fin du traitement. Les résultats indiquent que les variables de la motivation et de l'alliance thérapeutique ont joué un rôle important dans le traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues du client, mais pas la coercition. Les auteurs recommandent d'effectuer d'autres recherches pour examiner les effets prédictifs de ces variables dues à un échantillonnage trop restreint.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème de l'étude est clairement formulé, il s'agit d'étudier trois facteurs fondamentaux qui sont associés à l'engagement et aux résultats du traitement de la consommation d'alcool et de drogue illicite (AOD). Ces facteurs sont la coercition, la motivation et l'alliance thérapeutique. Plus précisément les auteurs cherchent à examiner le rôle et l'importance de la coercition sur l'alliance thérapeutique et la motivation au traitement.</p> <p>Grâce à des données actuelles, les auteurs mettent en évidence la problématique de la consommation d'alcool et de drogues illicites en Australie, ainsi que l'impact délétère sur le fonctionnement physique, émotionnel, social et psychologique des individus. De plus ils soulèvent la nécessité d'une intervention efficace et ciblée pour cette population mais également la complexité du traitement dû aux différents facteurs tels que le soutien social variable, l'éducation, la source de référence, la comorbidité santé mentale, la drogue primaire, les habitudes de consommation et les caractéristiques</p>

	personnelles de la personne. Encore les clients qui ont des problèmes de consommation d'AOD ont des troubles cognitifs plus graves, une moins bonne compréhension et de moins bonnes aptitudes à prendre des décisions, ainsi qu'une capacité réduite à identifier le besoin de traitement. Ces comportements rendent difficile l'engagement efficace à l'égard du traitement. Ces divers points nous démontrent la pertinence de cette étude.
<b>Recension des écrits</b>	Une recension des écrits est présentée dans l'introduction, elle est cependant incorporée dans les définitions structurées des variables de l'étude, mais ceci montre une synthèse de l'état de la question dans la littérature. Les études utilisées datent de 1989 pour le plus vieux à 2010 pour le plus actuel.
<b>Cadre de recherche</b>	L'étude s'appuie sur la littérature pour définir les trois variables clés qui sont : la coercition, la motivation ainsi que l'alliance thérapeutique afin de comprendre leur importance et rôle chez les patients consommant de l'alcool ou des drogues. Les auteurs vont plus loin en décrivant de manière adéquate les différents liens et impacts entre chaque variable. Les auteurs nous précisent qu'étant donné le lien entre le comportement criminel et l'utilisation AOD, le cadre juridique peut avoir un impact sur les variables et particulièrement sur la coercition.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude vise à examiner les caractéristiques des clients qui fréquentent un service communautaire de counselling en matière d'alcool et de drogues illicites par rapport à la coercition, la motivation, l'alliance thérapeutique et la consommation d'AOD, ainsi que l'effet que ces variables ont sur les résultats d'alcool et de drogues illicites 15 semaines plus tard. Les auteurs indiquent de manière précise 3 hypothèses regroupant les variables décrites précédemment ainsi que la population choisie. Il s'agit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les clients sous la contrainte présenteront une motivation externe beaucoup plus élevée et une alliance thérapeutique plus faible que les clients qui ne sont pas sous la contrainte</li> <li>2. Une plus grande motivation externe sera associée à une alliance thérapeutique moindre au début du traitement</li> <li>3. Les clients sous la contrainte présenteront des résultats de consommation d'alcool et de drogues illicites beaucoup plus faibles que les clients qui ne sont pas sous la contrainte.</li> </ol>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	77 clients du <i>Central Coast Drug and Alcohol Clinical Service (Central Coast DACS) in New South Wales, Australia</i> ont participé à l'étude.

	<p>Les clients faisaient partie de trois services : Counselling en matière de drogues et d'alcool (n=44), Cannabis Clinic (n=19) et MERIT (Magistrates Early Referral into Treatment) (n=13).</p> <p>Les clients du Central Coast DACS ont été dirigés vers l'étude par des cliniciens des différents services, par la suite l'équipe de recherche a contacté les clients par téléphone.</p> <p>La taille de l'échantillonnage a été définie par le nombre de clients qui ont consenti à participer à l'étude. Aucune information n'est précisée concernant le souhait d'accroître l'échantillonnage de la part des auteurs.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Un consentement éclairé a été signé par les clients de l'étude. L'approbation éthique a été accordée par le Northern Sydney Central Coast Human Research Ethics Committee (numéro d'approbation : 08/HARBR/78/79) avant le début de l'étude.</p>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Tous les participants ont mené deux entrevues de 30 minutes par téléphone avec l'équipe de recherche à 15 semaines d'intervalle.</p> <p>Tout au long de la période à l'étude, les chercheurs ont demandé aux cliniciens de services d'offrir à leurs clients le traitement qu'ils jugeaient le plus approprié sur le plan clinique et conforme à leur pratique clinique habituelle. Il n'y a pas eu de randomisation des clients dans les groupes de traitement, ni de prescriptions fournies par l'équipe de recherche quant à ce que devrait être le traitement de certains clients dans ce contexte. Par conséquent, les chercheurs n'avaient aucun contrôle sur le contenu des séances de traitement, ni sur la durée du traitement offert.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Premièrement les clients ont fourni des renseignements démographiques.</p> <p>Puis ils ont dû préciser trois éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'équipe qui les avait référés (Counselling, Cannabis, MERIT),</li> <li>▪ S'ils avaient été mandatés par d'autres organismes (ex. probation et libération conditionnelle, services à l'enfance et à la famille)</li> <li>▪ S'ils se sont sentis contraints à suivre le traitement en question</li> </ul> <p>Et pour terminer les clients ont répondu à trois questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The Treatment Motivation Questionnaire</i> (TMQ) : qui examine 4 composantes de la motivation : la motivation interne et externe, la recherche d'aide et la confiance dans le traitement</li> <li>▪ <i>Agnew Relationship Measure</i> (ARM) : qui mesure cinq dimensions de l'alliance thérapeutique : le lien, le partenariat, la confiance dans le thérapeute, l'ouverture et l'initiative du client</li> <li>▪ <i>Opiate Treatment Index</i> (OTI) : qui mesure les habitudes de consommation d'AOD du client (fréquence et quantité).</li> </ul>



<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Il s'agit d'une étude longitudinale</p> <p>Le protocole de procédure élaboré pour la présente étude est détaillé ailleurs (Kay-Lambkin et al., 2012). Le cadre de recherche n'est donc pas présent dans cette étude.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Premièrement les auteurs ont déterminé plusieurs définitions de la coercition (page 2191, chapitre 2.4.1). Cependant pour simplifier l'analyse des résultats, les auteurs nous précisent que pour la variable de la coercition les covariables « contraint et non contraint » seront utilisées pour certaines analyses.</p> <p>Deuxièmement une ANOVA et des corrélations de Pearson ont été utilisées pour analyser l'association entre les données démographique, la coercition (coercition ou non), l'alliance thérapeutique (lien, partenariat, initiative du client, ouverture et confiance dans le thérapeute) et la motivation au traitement (interne, externe, recherche d'aide, confiance dans le traitement).</p> <p>Et pour terminer les auteurs ont décrit tous les outils qu'ils ont utilisés pour analyser chacune des trois hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une oneway ANOVA a examiné l'association entre la coercition, motivation au traitement et alliance thérapeutique</li> <li>2. Des analyses corrélationnelles ont été effectuées pour explorer la relation entre la motivation du traitement et l'alliance thérapeutique.</li> <li>3. L'analyse des mesures répétées de covariance (ANCOVA) a examiné les changements dans la consommation AOD (alcool, cannabis, méthamphétamine, tabac) entre les évaluations de base et les évaluations 15 semaines après, et la coercition (sous la contrainte et sans contrainte). Les covariables de chaque modèle étaient l'âge, l'alliance thérapeutique (lien, partenariat, ouverture, confiance en soi, initiative du client) et la motivation du traitement (interne, externe, recherche d'aide, confiance dans le traitement).</li> </ol>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont séparés en 3 sous-chapitres :</p> <p>Premièrement une présentation des données démographiques et autres caractéristiques avec des précisions sur l'échantillonnage.</p> <p>Deuxièmement une analyse entre les données démographiques et autres caractéristiques et la coercition. Il est ressort que : (voir Tableau 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune différence significative n'a été constatée en ce qui concerne le niveau de scolarité, le type d'emploi, le type de revenu actuel, l'état matrimonial ou le sexe dans les groupes contraints et non contraints.</li> </ul>

Les auteurs ont ensuite analysé les caractéristiques démographiques et autres caractéristiques en lien avec la motivation au traitement et l'alliance thérapeutique. Les auteurs mettent en évidence :

- L'âge était significativement lié négativement à la motivation externe pour le traitement ( $p=0,005$ ) et il était significativement corrélé positivement avec la motivation interne pour le traitement ( $p=0,023$ ), et deux domaines d'alliance thérapeutique ; partenariat ( $p=0,033$ ) et confiance au thérapeute ( $p=0,017$ ).

Et pour terminer les auteurs font une analyse structurée pour chaque des hypothèses :

**Hypothèse 1 : (voir tableau 2)**

- Les clients forcés ont accordé une cote beaucoup plus élevée à leur motivation externe, et une cote beaucoup plus faible à leur motivation interne au départ que les clients non forcés
- Aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne l'alliance thérapeutique ou la motivation du traitement pour quelque variable de coercition que ce soit.

**Hypothèse 2 :**

- Des corrélations négatives significatives ont été trouvées entre la motivation externe et l'alliance thérapeutique pour les sous-échelles : du lien ( $p = 0,019$ ), de l'ouverture ( $p = 0,017$ ) et de l'initiative du client ( $p=0,026$ ).
- Une corrélation négative significative a également été trouvée entre le lien (alliance thérapeutique) et la recherche d'aide (motivation) ( $p<0,001$ ).
- Une relation positive significative a été trouvée entre le lien (l'alliance thérapeutique) et la motivation interne ( $p=0,018$ ).
- Un partenariat élevé dans le traitement (l'alliance thérapeutique) était associé à une motivation interne significativement plus élevée ( $p<0,001$ ) et à une demande d'aide significativement plus faible ( $p<0,001$ ), tandis qu'une confiance accrue dans le thérapeute (d'alliance thérapeutique) était corrélée de façon significative à une demande d'aide plus importante (motivation) ( $p<0,001$ ).
- Les résultats ont également indiqué qu'une plus grande ouverture d'esprit (l'alliance thérapeutique) était associée à une motivation interne beaucoup plus faible ( $p=0,022$ ).

**Hypothèse 3 : (voir tableau 3)**

- Comme l'indique le tableau 3, il n'y avait pas de différences significatives entre les clients sous contrainte et non sous contrainte en ce qui concerne les changements dans la consommation d'alcool, de cannabis, de méthamphétamine et de tabac entre l'évaluation initiale et l'évaluation de suivi.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><b>Coercition et consommation AOD</b></p> <p>Contrairement à la prédiction des auteurs, les résultats ont montré que la coercition, quelle qu'en soit la définition, n'avait pas d'impact sur les changements dans la consommation 15 semaines après le début du traitement. Les auteurs comparent ce résultat à plusieurs études sur cette thématique, et il en ressort que ces résultats affirment certaines études mais en infirment également.</p>
	<p><b>Coercition et motivation</b></p> <p>Comme les auteurs l'avaient supposé, il est constaté que les clients contraints ont fait état d'une motivation externe beaucoup plus enlevée que leur homologue non contraint. La motivation interne à l'égard du traitement était beaucoup plus faible chez les clients perçus comme contraints que ceux qui ne l'étaient pas. Les auteurs expliquent que ces résultats peuvent être dûs à l'enjeu légal de certains traitements, mais également que certains patients choisissent eux-mêmes d'y participer.</p>
	<p><b>Coercition et alliance thérapeutique</b></p> <p>De plus, aucune relation significative n'a été trouvée entre les clients forcés et non forcés en ce qui concerne le lien, le partenariat et la confiance. Toutefois, les résultats indiquent que les clients non forcés étaient beaucoup plus ouverts que leurs homologues forcés, ce qui reflète peut-être leur volonté de s'engager dans le processus thérapeutique.</p>
	<p><b>Motivation et alliance thérapeutique</b></p> <p>L'hypothèse selon laquelle une forte motivation externe serait associée à une alliance thérapeutique plus faible au début du traitement n'a été que partiellement appuyée.</p> <p>La constatation qu'une forte motivation externe est en partie liée à une alliance thérapeutique plus faible au début du traitement.</p> <p>Les clients qui ont fait état d'une initiative élevée en matière de traitement ont également fait état d'une motivation externe et d'une recherche d'aide nettement plus élevée et d'une motivation intrinsèque plus faible que ceux qui ont fait état d'une faible initiative.</p>
	<p><b>Coercition et âge</b></p> <p>Une constatation importante chez les participants à notre étude était la relation significative entre l'âge et la coercition. Les résultats ont montré que les clients plus jeunes étaient plus susceptibles d'être contraints que les clients plus âgés.</p> <p>Goodman et ses collaborateurs (2011) suggèrent que cela est probablement dû à l'introspection croissante de ces clients vieillissants et à la perception changeante de l'utilisation de la DOC comme avantageuse pour reconnaître l'impact négatif que cela a en particulier sur la réalisation de leurs objectifs de vie.</p>

	<p><b>Les limites sont selon les auteurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La faible puissance statistique dû au petit échantillonnage.</li> <li>○ Les clients ont été invités par les cliniciens de leurs services, il est possible qu'un biais de sélection soit entré en jeu, les cliniciens excluant ou incluant des clients particuliers en fonction de certains critères subjectifs qui n'ont pas été pris en compte dans cette étude.</li> <li>○ Il se peut que les clients aient intentionnellement sous-déclaré leur utilisation de la DOC par crainte des conséquences négatives de ces organisations.</li> <li>○ Nous n'avons pas non plus été en mesure de déterminer le nombre de séances de traitement suivi par chaque client participant à l'étude. Il est donc fort possible que la différence dans la fréquentation du traitement ait eu un impact sur les variables mesurées dans l'étude.</li> </ul>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Étant donné la relation significative entre l'âge et la coercition, les auteurs expriment l'importance de prendre en considération la coercition lors du traitement surtout auprès des jeunes clients.</p> <p>Les auteurs, décrit l'importance de généraliser les résultats à des populations plus larges avec prudence.</p>

## Commitment strength, alcohol dependence and HealthCall participation: Effects on drinking reduction in HIV patients.

*Aharonovich, E., Stohl, M., Ellis, J., Amrhein, P., & Hasin, D.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Force d'engagement, dépendance à l'alcool et participation dans HealthCall : Effets sur la réduction de la consommation d'alcool chez les patients atteints du VIH.
<b>Résumé</b>	3 facteurs reliés à la consommation d'alcool ont fait l'objet de l'étude sur des patients dépendants à l'alcool et atteints du VIH : la force de l'engagement (CS), la dépendance et le type de traitement, soit une brève entrevue motivationnelle (MI) ou cette dernière plus le HealthCall.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	De nombreux grands buveurs dans le contexte des soins primaires du VIH auraient besoin de plus qu'une intervention brève, mais conscients du temps et des ressources limitées du personnel dans de tels contextes, les auteurs ont mis au point le HealthCall, pour une intervention brève de réduction de la consommation et comme une amélioration de l'MI brève.
<b>Recension des écrits</b>	<p>Les auteurs mentionnent les conclusions globales de recherche antérieures.</p> <p>Une consommation excessive chez les personnes atteintes du VIH a des impacts sur le traitement et l'état de santé. Des études antérieures démontrent l'efficacité du traitement à long terme sur la réduction de la consommation d'alcool. À l'inverse, les interventions brèves favorisent l'augmentation de la motivation au changement, et l'efficacité est observée notamment chez les patients ayant des problèmes d'alcool qui ne sont pas graves.</p> <p>La force de l'engagement est un élément important visant à comprendre les mécanismes de changement dans le traitement comportemental et prédit également les résultats du traitement dans les études sur l'alcool, la cocaïne et les changements alimentaires, mais n'a jamais été étudiée dans une population séropositive.</p>
<b>Cadre de recherche</b>	Les concepts mis en évidence sont les résultats de la force de l'engagement, la dépendance à l'alcool et le type de traitement auprès d'une population alcoolique atteinte de VIH.
<b>Buts et question de recherche</b>	Les auteurs ont examiné si la force de l'engagement prédit le résultat du traitement (réduction de la consommation d'alcool) et ont examiné si la MI + l'HealthCall et la MI seulement modifient la relation entre la force de l'engagement et la réduction de la

	<p>consommation d'alcool à la fin du traitement ; et si cet effet est différent entre les patients avec et sans dépendance alcoolique. Les variables sont : la force de l'engagement (CS) ou l'engagement des patients à changer, la dépendance et le type de traitement. L'HealthCall est une base de données, relative à des entrevues téléphoniques et constituée de deux composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'auto surveillance qui vise à accroître la conscience de soi. Les patients doivent répondre à des questions sur leur consommation d'alcool, leur humeur, des comportements liés au VIH et la santé en général.</li> <li>- La rétroaction personnalisée basée sur les données d'auto surveillance quotidienne du patient. C'est sous forme de graphique qui résume la consommation d'alcool signalée lors des 30 derniers jours et un résumé des renseignements relatifs à la santé.</li> </ul> <p>Il y a ensuite une réunion durant laquelle le conseiller et le patient examinent les commentaires afin d'identifier les habitudes de consommation d'alcool, l'humeur et les comportements qui peuvent aider à planifier le maintien de l'amélioration et à poursuivre le changement.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	258 patients d'une clinique de soins primaires atteints du VIH et identifiés comme étant des grands buveurs et dont la moitié environ répondait aux critères d'alcoolisme du DSM-IV. Ils ne devaient pas avoir de psychoses, d'idées suicidaires ou de troubles cognitifs graves. Au final l'échantillon était de N=139.
<b>Considérations éthiques</b>	Il y avait un consentement écrit et éclairé, les patients ont été randomisés et les comités d'examen des établissements de l'Université Columbia/New York State Psychiatric Institute, du St. Vincent's Hospital et du Mt. Sinai Medical Center ont approuvé l'étude.
<b>Devis de recherche</b>	Il s'agit d'un essai randomisé.
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les patients ont reçu des évaluations informatisées et auto administrées.</p> <p>La dépendance à l'alcool a été évaluée à l'aide de l'Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS). La consommation d'alcool a été évaluée à l'aide du TimeLine FollowBack (TLFB).</p> <p>Le niveau d'engagement à changer sa consommation a été codé par le langage des patients selon les procédures d'Amrhein et coll. (2003) puis une évaluation de force linguistique a été attribuée afin d'obtenir un résultat.</p> <p>Pour l'étude, 3 variables de force d'engagement ont été créées : la note moyenne de la force d'engagement pour l'ensemble des séances de MI, la note moyenne de la force d'engagement pour la première moitié de la session et finalement pour la seconde.</p>

<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Trois groupes ont été définis : les patients suivants la MI + Healthcall, la IM seulement et un groupe contrôle (personnes non dépendantes).</p> <p>Dans le groupe MI, les conseillers utilisaient des techniques encourageant les patients à se fixer un objectif réalisable de réduction de la consommation et au fil des visites, ils étaient rediscutés ainsi que les comportements et de nouveaux objectifs étaient fixés.</p> <p>Dans le groupe MI + HealthCall, c'est la même procédure avec l'explication de l'HealthCall au patient. Les données issues de l'HealthCall ont été discutées (consommation d'alcool, informations d'auto surveillance comme l'atteinte de l'objectif et en combien de temps, les raisons de boire ou de ne pas boire) et le patient devait continuer d'appeler jusqu'à la prochaine entrevue.</p> <p>Les conseillers ont été formés et supervisés par un formateur certifié.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Pour l'analyse des modèles de régression ont été utilisés. Le premier modèle indiquait la force d'engagement et son effet sur la consommation, un autre comprenait une interaction entre l'état du traitement (MI et MI + HealthCall), la force de l'engagement et la dépendance à l'alcool. Ensuite, des patients dépendants et non dépendants de l'alcool ont été sélectionnés et des modèles avec des interactions du groupe de traitement et de la force d'engagement dans ces groupes ont été testés.</p> <p>Pour évaluer les résultats de l'étude, les auteurs ont utilisé un format confidentiel et auto-administré : l'entrevue assistée par ordinateur (A-CASI), dans le but de réduire la possibilité de rapports biaisés.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>À la base et pour l'ensemble de l'échantillon, la moyenne de boissons par jours était de 6.8 (6.6 pour le groupe MI et 6.9 pour celui MI + HealthCall). Ce chiffre est passé à 2.8 à la fin du traitement (2.9 groupe MI et 2.7 MI + HealthCall). Chez les patients dépendants de l'alcool, la consommation moyenne par jour d'alcool était de 7,4 (7,7MI et 7,2 MI+ HealthCall). Ce chiffre est tombé à 3,3 à la fin du traitement (3,5 en MI seulement ; 3,1 en IM + HealthCall). Chez les patients non alcoolodépendants, la moyenne des boissons de base par jour de consommation était de 6,2 (5,8 MI ; 6,7 MI + HealthCall). Ce chiffre est tombé à 2,4 à la fin du traitement (2,4 en MI seulement ; 2,3 en MI + HealthCall).</p> <p>Il y a un effet significatif de la force d'engagement moyenne sur la consommation moyenne d'alcool par jour à la fin du traitement.</p> <p>À mesure que la force d'engagement augmentait, la consommation d'alcool à la fin du traitement (60 jours) diminuait. Inversement, la consommation d'alcool diminuait de 28 %, ce qui augmentait la force d'engagement.</p>

	<p>L'interaction entre la force d'engagement, le groupe de traitement et la dépendance à l'alcool était significative. L'effet de la force d'engagement sur la consommation moyenne d'alcool par jour variait d'un groupe de traitement à l'autre et d'un patient à l'autre, avec ou sans dépendance alcoolique.</p> <p>L'interaction du traitement en fonction de la force d'engagement était significative pour prédire la consommation moyenne d'alcool en fin de traitement. En d'autres termes, l'effet du groupe de traitement sur les résultats liés à l'alcool diffère selon le niveau et la force d'engagement.</p> <p>Les patients dont la force d'engagement était plus faible et ayant reçu un traitement IM + HealthCall ont consommé beaucoup moins de boissons moyennes par jour (3,5 verres) que ceux de l'IM seulement (4,6 verres). Pour ceux ayant une grande force d'engagement, les effets du traitement ne variaient pas de façon significative (2.4 pour MI ; 2.7 pour MI + HealthCall). Pour les patients non-dépendants, il n'y a pas de résultats significatifs.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<p><b>Interprétations des résultats</b></p>	<p>Dans l'ensemble, l'engagement des patients à l'égard du changement à la fin d'une brève séance de MI prédisait les résultats de la consommation d'alcool à la fin du traitement 60 jours plus tard. Encore, chez les patients dépendants à l'alcool ayant une forte volonté d'engagement, la consommation d'alcool a diminué de façon significative chez ces derniers, que leur traitement ait été amélioré ou non par la participation à l'Healthcall. En revanche, chez les patients peu enclins au changement et avec un faible degré d'engagement, la réduction de consommation était plus significative pour ceux ayant reçu une session MI + HealthCall. Ainsi, l'ajout de HealthCall à la MI a semblé compenser le faible niveau d'engagement au changement. L'approche HealthCall a donc un impact significatif à travers ses différentes composantes et son suivi (auto surveillance, renforcement des comportements positifs, base de discussion, sentiment d'auto-efficacité accru, etc.)</p> <p>En somme, plus l'engagement à changer est fort, plus la consommation diminue 60 jours plus tard la fin du traitement. La force d'engagement est un prédicteur significatif des résultats de consommation d'alcool seulement chez les patients ayant une dépendance à l'alcool, mais pas chez les patients qui ne répondent pas aux critères de la dépendance. Ainsi, l'ajout de HealthCall à l'IM a semblé compenser le faible niveau d'engagement au changement au cours de la dernière partie de la séance de l'IM.</p>



	<p>Les limites à prendre en considération pour les études futures sont les suivantes : l'échantillon se composait en grande partie de patients défavorisés des services de soins primaires du VIH et pas un éventail plus large ; l'étude a été menée dans une seule clinique ; il n'a pas été possible dans cette étude de tester directement des mécanismes spécifiques des avantages de HealthCall chez les patients dépendants de l'alcool ayant une faible force d'engagement ; le critère d'inclusion de la consommation d'alcool était légèrement inférieur au seuil de risque standard pour les hommes et la taille de l'échantillon des patients dépendants de l'alcool était petite pour tester une interaction à trois voies.</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Les effets de HealthCall pourraient compenser une intervention encore plus brève exigeant moins de compétences, de formations et de supervisions que l'IM et le de l'associer à une intervention aussi brève serait d'augmenter le potentiel de diffusion de l'ensemble des interventions. Cette question devrait faire l'objet d'études futures. L'étude comporte de nombreux aspects nouveaux, notamment les recherches sur un échantillon de VIH très buveur et l'examen de la façon dont les différences dans les conditions de traitement modifiaient les effets de la force d'engagement.</p>

## The Role of the Working Alliance in Treatment for Alcohol Problems.

*Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre précise que l'étude traite du rôle de l'alliance de travail ou alliance thérapeutique dans le traitement des problèmes d'alcool. Les concepts clés qui sont l'alliance de travail et le problème d'alcool sont clairement définis.
<b>Résumé</b>	Les auteurs ont utilisé plusieurs outils de mesures (WAI, UKATT, SBNT) afin d'identifier les facteurs prédictifs de l'alliance de travail et d'examiner si les rapports des clients et/ou du thérapeute sur l'alliance de travail prédisaient la motivation après le traitement, puis les résultats du traitement. Ils démontrent que, l'alliance de travail ou thérapeutique est importante pour les résultats du traitement des problèmes d'alcool, l'évaluation de l'alliance par les clients étant fortement liée à la motivation de changer de consommation d'alcool tout au long du traitement de la MET. Elle était également beaucoup plus importante que l'alliance évaluée par un thérapeute dans cette étude.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Il s'agit d'identifier les facteurs qui influencent l'alliance thérapeutique ainsi que le rôle de celle-ci dans le traitement des problèmes de consommation d'alcool.</p> <p>Beaucoup d'études ont été menées sur l'alliance thérapeutique. Par exemple, une étude menée sur l'alliance thérapeutique a démontré que l'alliance thérapeutique avait un impact important sur les résultats du traitement des problèmes psychologiques.</p> <p>À la vue de toutes ces recherches, il en ressort des conclusions peu significatives sur les rapports des clients ou des thérapeutes sur l'alliance thérapeutique pour le traitement de la consommation d'alcool. De plus, certaines de ces conclusions sont en contradiction avec la grande majorité des études de la littérature d'où l'intérêt de poursuivre des recherches dans ce domaine.</p>

<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension des écrits est faite au début de l'article afin de nous permettre de mieux comprendre la problématique. Les auteurs se sont inspirés de plusieurs sources différentes citées dans le texte, qu'ils introduisent comme synthèse en début d'article.</p> <p>Par exemple : Meier, Barrowclough, &amp; Donmall, (2005) ont découvert que l'alliance de travail avait un effet positif faible et constant sur le suivi du traitement, mais que les conclusions concernant les résultats du traitement étaient elles-mêmes variables.</p> <p>Cette recension des écrits a permis aux auteurs de se rendre compte de l'importance des rapports entre le patient et le thérapeute sur l'alliance thérapeutique dans le traitement de la consommation d'alcool. De même, qu'il n'existait pas d'étude sur l'influence de l'alliance thérapeutique sur la motivation à modifier sa consommation d'alcool.</p>
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Le cadre de cette étude est le projet MATCH qui a démontré que les facteurs favorisant le développement d'une solide alliance thérapeutique sont la volonté de changer et le sexe des participants. Les concepts clés qui sont l'alliance thérapeutique, l'alcoolisme sont présents et correspondent aux buts de cette recherche.</p>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est d'identifier les prédictors de l'alliance thérapeutique et d'examiner si les rapports des clients et/ou du thérapeute sur l'alliance de thérapeutique ont un impact sur la motivation et la consommation d'alcool.</p> <p>L'hypothèse selon laquelle l'alliance de travail/thérapeutique influe sur la motivation du post traitement à modifier la consommation d'alcool et, par la suite, sur les conséquences à long terme de la consommation d'alcool.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>Cette étude est un essai contrôlé multicentrique randomisé qui a été mené sur 742 clients. La population a été séparée en 2 groupes dont, un pour recevoir le traitement MET (n = 422), et l'autre le traitement SBNT (n = 320).</p> <p>Les auteurs ont reçu l'approbation éthique de tous les comités locaux impliqués.</p> <p>L'étude ne comprend que ceux qui disposent à la fois de mesures de l'alliance de travail du client et du thérapeute. De plus, les analyses sont également limitées à 173 des 254 clients pour lesquels toutes les données (l'évaluation après traitement et les données de suivi à plus long terme) étaient disponibles.</p> <p>La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur la base de statistique.</p>

<b>Considérations éthiques</b>	Les auteurs ont reçu l'approbation éthique de tous les comités locaux impliqués. De même, ils ont respecté la confidentialité en conservant toutes les réponses en lien avec le formulaire WAI dans une enveloppe scellée.
<b>Devis de recherche</b>	<p>Il s'agit d'une étude longitudinale.</p> <p>Les hypothèses ont été posées de manière à ce que les variables de prétraitements puissent influencer l'alliance thérapeutique et pas l'inverse.</p> <p>Les auteurs ont utilisé une régression linéaire et logistique pour les variables sociodémographiques, le site de traitement, le groupe de traitement, le comportement de consommation d'alcool, le score LDQ et la motivation avant le traitement.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Plusieurs outils ont été utilisés pour cette étude.</p> <p>Le Form 90 (Miller, 1996), pour mesurer le comportement et les conséquences de la consommation d'alcool, de même que le questionnaire sur la dépendance de Leeds (LDQ) (Raistrick et al., 1994) et du questionnaire sur les problèmes d'alcool (APQ) (Drummond, 1990), ceci après trois mois et à 9 mois après le traitement.</p> <p>Pour ce qui est de la motivation à changer, le questionnaire sur l'aptitude à changer en 12 questions (version du traitement) ; Heather et Honekopp, ont été utilisés pour attribuer l'une des trois étapes du changement : la précontemplation, la contemplation et l'action.</p> <p>Le Working Alliance inventory (WAI) pour l'alliance de travail ou thérapeutique, de même, les options de réponse de la version UKATT du formulaire WAI abrégé ont été remplacées par une échelle de Likert accord / désaccord en 5 points allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) afin d'être au plus près de la réalité.</p> <p>Les auteurs ont utilisé des instruments existants.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Le processus de collecte de données est clair. Les participants ont répondu aux questions de différents formulaires qui leur ont été fournis.</p> <p>Les différentes variables sociodémographiques prises en compte sont les suivantes : l'âge du client, le sexe, l'état matrimonial, l'éducation, le statut professionnel, et la parentalité.</p>

<b>Analyse des données</b>	<p>Les auteurs ont utilisé une méthode longitudinale pour organiser les relations entre les variables.</p> <p>De même, ils ont émis l'hypothèse selon laquelle l'effet du WAI sur le résultat du traitement serait indirect et par conséquent dû aux changements du traitement du comportement de consommation d'alcool et de la motivation.</p> <p>Les résultats mettent en évidence tous les extraits réalisés. Il y a eu des différences en fonction où se déroulait l'étude. De plus, les auteurs mettent en évidence que le coefficient de corrélation de Spearman= 0,17 et P=0.03. Les scores sur le WAI allaient de 32 à 60 pour les évaluations des clients et de 21 à 60 pour les évaluations des thérapeutes.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les facteurs prédictifs de l'alliance de travail ou thérapeutique, sont l'âge du client ainsi que la motivation avant le traitement et le fait d'avoir un emploi.</p> <p>L'alliance de travail a été évaluée par le thérapeute et le client sur 254 clients.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Concernant les études antérieures, l'évaluation de l'alliance du thérapeute a été plus significative dans le résultat de la recherche alors que dans cette étude, c'est l'alliance du patient qui est le plus prédictif des résultats après 9 mois de traitement. De même, les effets indirects ont reflété une influence plus forte du client WAI sur l'alcool au cours du traitement et sur la motivation à changer de traitement, ce qui a déjà permis de prédire les résultats à long terme de l'alcool au UKATT.</p> <p>Les résultats confirment que l'alliance thérapeutique est un élément essentiel dans le traitement de l'alcoolisme. De même, la perception de l'alliance thérapeutique chez les clients est plus importante que celle des thérapeutes. De plus, le score de l'alliance thérapeutique donné par les patients, prédit les résultats de la consommation d'alcool pendant le traitement et jusqu'à 9 mois après la fin du traitement. Il est noté que ceci est fortement associé à la motivation à changer leur consommation d'alcool avant et après le traitement.</p> <p>Plusieurs limites ont été identifiées. Tout d'abord, seuls 68% des personnes dont l'alliance de travail a été mesurée disposaient des données de suivi. De plus, l'utilisation de la forme abrégée de l'échelle de Likert est limitée et donc difficile d'interpréter la signification clinique des scores réels sur le WAI.</p>

	<p>L'alliance thérapeutique a été évaluée après la première séance de travail, par conséquent, seuls ceux qui ont assisté à au moins une session peuvent être inclus. De plus, il est probable que, les clients qui ont attribué un score élevé à l'alliance thérapeutique lors de la première séance, soient les mêmes qui ont obtenu les meilleurs résultats thérapeutiques indépendamment de la qualité de l'alliance.</p> <p>En conclusion, les résultats confirment que l'alliance de travail est un élément qui permet d'expliquer les différences de résultats après le traitement de l'alcoolisme.</p> <p>Les auteurs n'ont pas collecté assez de données leur permettant de voir l'effet du développement de l'alliance de travail tout au long du traitement. De plus, il n'a pas été possible de voir si les facteurs prédictifs d'une solide alliance thérapeutique ont changé avec le temps. Tout ceci pourrait faire l'objet d'une prochaine étude.</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Cette étude souligne qu'il est possible de mener des investigations centrées sur le client et axées sur les traitements afin de mieux comprendre s'ils fonctionnent, comment et pour qui.</p>

## The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults.

Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre est explicite et met en évidence les principaux thèmes à traiter qui sont notamment le rôle de l'alliance thérapeutique dans les troubles liés à la consommation d'alcool. La population cible de l'étude ce sont les jeunes adultes.
<b>Résumé</b>	Les auteurs ont mené une étude auprès des jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans souffrants de troubles liés à l'alcool afin d'examiner les facteurs prédictifs de base de l'alliance thérapeutique et de vérifier si l'alliance thérapeutique influence le traitement. Les résultats démontrent que l'âge avancé et les prédicteurs de base qui sont la motivation, l'auto-efficacité, la capacité d'adaptation et l'engagement envers les Alcoholics Anonymous/Narcotics Anonymous [AA/NA]) élevés prédisaient une alliance plus forte. Les participants qui ont développé une alliance plus forte, ont aussi réussi à réduire la détresse pendant le traitement. La conclusion clarifie le rôle de l'alliance dans la promotion des changements en cours de traitement en réduisant le stress.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème de la recherche c'est de mettre en évidence les facteurs qui influencent le changement de traitement lors de <i>substance use disorders</i> (SUD) et d'examiner le rôle de l'alliance thérapeutique.</p> <p>Selon (Orlinsky, Ronnestad et Willutzski, 2004), l'alliance thérapeutique entre les patients et leurs thérapeutes est considérée comme essentielle au succès du traitement et permet une efficacité thérapeutique. De plus, dans la définition de l'alliance thérapeutique dans la littérature, c'est « le degré auquel la dyade thérapeutique est engagée dans un travail collaboratif et déterminé » (Hatcher &amp; Barands, 2006). Néanmoins, il n'existe pas d'étude mettant en exergue le rôle de l'alliance thérapeutique dans le processus de changement de comportement.</p>
<b>Recension des écrits</b>	Dans l'introduction, les auteurs font une recension des écrits afin d'avoir une idée de toutes les recherches menées sur le sujet. N'ayant pas trouvé d'étude portant sur l'alliance thérapeutique chez les jeunes adultes traités pour le SUD, ils ont étendu leurs travaux primaires dans le but d'examiner le rôle de l'alliance thérapeutique en tant que modérateur du processus de traitement.

	Les études antérieures démontrent des changements significatifs au cours du traitement dans toutes les variables de processus, de même que des changements dans la motivation, l'auto-efficacité et les capacités d'adaptation
<b>Cadre de recherche</b>	Des points de vue théoriques ainsi que les modèles conceptuels à base empirique ont été utilisés.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de cette étude est de clarifier le rôle de l'alliance thérapeutique dans le processus de traitement chez les jeunes adultes atteints de SUD, en examinant les facteurs prédictifs de base de l'alliance thérapeutique et en vérifiant si l'alliance modérait les modifications des variables de processus communes au cours du traitement.</p> <p>Les auteurs ont émis plusieurs hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une plus grande préparation et un meilleur fonctionnement à l'admission permettraient de prévoir une alliance thérapeutique plus forte.</li> <li>- Une alliance solide augmenterait l'ampleur des changements survenus au cours du traitement dans les variables de processus communes.</li> </ul> <p>Les différentes variables de l'étude sont : détresse psychologique, motivation, efficacité personnelle, capacité d'adaptation et engagement envers Alcoholics Anonymous / Narcotiques Anonymes (AA / NA)</p> <p>Les questions de recherche se basent sur de nombreux points de vue théoriques ainsi que sur des modèles conceptuels à base empirique.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>L'étude a été menée sur 303 jeunes adultes soit 78% des personnes approchées. Les participants étaient âgés de 18 à 24 ans. L'âge moyen était de 20,4% et l'écart type égal à 1,6 ans.</p> <p>L'échantillon est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes : 73,9% et tous célibataires</li> <li>- Femmes : 26,1%</li> </ul> <p>La population était constituée de 94,7% de race blanche, 1,7% indiens d'Amérique, 1,3% Afro-américains et 1,0% Asiatique.</p> <p>La population de race blanche âgée de 18 à 24 ans suivant un traitement dans le secteur public était de 76% et de 71% chez les adultes âgés de 18 ans ou plus suivant un traitement dans le secteur privé.</p> <p>24% occupaient un emploi à plein temps ou à temps partiel et 24,1% étaient étudiants.</p> <p>La substance principale la plus courante était l'alcool (28,1%) ou la marijuana (28,1%), suivi de l'héroïne ou d'autres opiacés (22,4%), de la cocaïne ou du crack (12,2%) et des amphétamines (5,9%).</p>



<b>Considérations éthiques</b>	L'étude a été menée en conformité avec le comité d'examen institutionnel indépendant de Schulmann Associates, et tous les participants ont signé un document de consentement éclairé.
<b>Devis de recherche</b>	<p>C'est une étude d'analyses quantitatives.</p> <p>Les auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle une plus grande préparation et un meilleur fonctionnement à l'admission, permettraient de prévoir une alliance thérapeutique plus forte. De plus, une alliance solide augmenterait l'ampleur des changements survenus au cours du traitement dans les variables de processus communes.</p> <p>Les participants ont séjourné en moyenne 25,6 jours et (SD=5,7, allant de 4 à 35 jours). La majorité des participants (83,8%) ont reçu leur congé avec l'approbation du personnel.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Les outils de mesures utilisés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données démographiques et la substance principale ont été extraites des dossiers médicaux.</li> <li>- L'alliance thérapeutique a été évaluée par le WAI-S (Working Alliance Inventory)</li> <li>- La détresse psychologique a été mesurée par l'indice de gravité global de l'inventaire des symptômes.</li> <li>- La motivation et l'auto-efficacité pour l'abstinence ont été évaluées avec des points isolés, notés sur une échelle de 10</li> <li>- Les habiletés d'adaptation ont été évaluées à l'aide de la sous-échelle d'adaptation axée sur l'abstinence du questionnaire de l'adolescent lors d'une rechute</li> <li>- L'engagement envers les AA / AN a été évalué avec une sous-échelle de six éléments du questionnaire sur les attitudes envers le traitement de la toxicomanie</li> <li>- La consommation de substance mesurée à l'aide d'une version modifiée du formulaire 90</li> <li>- Les conséquences néfastes de la consommation de substances psychoactives ont été évaluées par Inventory of Drug Use (InDUC-2R)</li> </ul> <p>Les auteurs ont utilisé des outils existants et ont créé certains.</p> <p>Les auteurs ont utilisé le traitement centré sur des approches en 12 étapes, des approches thérapeutiques d'amélioration de la motivation ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale et familiale.</p>

<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Les évaluations ont été effectuées au début, à la fin du traitement et à la sortie.</p> <p>Les caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe, la race et l'éducation ont été pris en compte dans l'analyse des données, de même que les facteurs liés à la substance (consommation d'alcool et d'autres drogues avant le traitement, gravité des effets indésirables et hospitalisation liée à l'alcool et aux drogues au cours de l'année écoulée)</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les auteurs ont utilisé les corrélations de Spearman afin d'identifier les facteurs prédictifs démographiques et psychologiques de base liés à la substance.</p> <p>Des modèles ont été utilisés afin d'ajuster les variables. Le modèle de prévision de la détresse psychologique a incorporé les données de trois points temporels (admission, traitement intermédiaire et sortie), tandis que les autres incorporaient les données d'admission et de sortie. Les analyses ont été effectuées dans Stata 11,0 et utilisé un alpha de 0,05.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableau, de figures et de textes narratifs.</p> <p>Les patients plus âgés avec une motivation élevée, une efficacité personnelle, une capacité d'adaptation et d'engagement envers les AA/NA élevés, prédisaient une alliance thérapeutique plus forte. Les thèmes ont été associés afin de bien représenter le phénomène. C'est le personnel de recherche qui a évalué les données.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les patients plus âgés et ceux qui ont commencé le traitement avec une motivation, une auto-efficacité, une capacité d'adaptation et un engagement plus élevé vis-à-vis des AA / NA ont développé une alliance thérapeutique plus forte au cours des premières semaines de traitement. De plus, ceux qui ont développé une alliance plus forte au début du traitement ont réduit davantage leur détresse psychologique entre l'admission et la sortie ce qui est contraire à l'hypothèse émise par les auteurs.</p> <p>Les résultats sont conformes aux études antérieures traitant de la même thématique.</p> <p>Les auteurs n'ont pas pu évaluer l'influence de caractéristiques spécifiques du thérapeute sur les évaluations de l'alliance ou du changement de traitement au cours du traitement. Il a été impossible de donner les résultats des personnes qui ont quitté le traitement trop tôt. Finalement, beaucoup de participants étaient des hommes et de race blanche et suivaient un programme de traitement en établissement privé.</p>

	La conclusion précise qu'une alliance thérapeutique forte pourrait être importante pour potentialiser la réduction de la détresse psychologique au cours du traitement.
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Ils préconisent de futures études pour les patients atteints de la maladie de Parkinson.</p> <p>Les recherches nécessitent d'être entreprises dans des échantillons plus diversifiés sur le plan ethnique et du genre et dans des établissements de traitement publics.</p>

## Therapeutic Alliances Predict Session by Session Drinking Behavior in the Treatment of Alcohol Use Disorders.

*Connors, G. J., Maisto, S. A., Schlauch, R. C., Dearing, R. L., Prince, M. A., & Duerr, M. R.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre « <i>Les alliances thérapeutiques permettant de prédire, séance par séance, les comportements de consommation d'alcool dans le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool</i> » précise les concepts clés tels que l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool. Malheureusement, la population n'est pas clairement explicitée mais le titre sous-tend qu'il s'agit de personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool. De plus, il n'est pas précisé dans le titre de quel contexte il s'agit.
<b>Résumé</b>	Le résumé est complet et précis, ce qui permet de comprendre les points-clés de l'article. L'objectif est d'examiner l'interaction d'une séance à l'autre de l'alliance thérapeutique et de la consommation d'alcool mais également de vérifier dans quelle mesure les changements dans la consommation d'alcool avant le traitement ont modifié ces interactions. Les 63 participants ont reçu 12 séances de TCC et ont effectué des évaluations hebdomadaires de l'alliance. Les résultats indiquent qu'un score élevé de l'alliance à une séance donnée prédit une diminution de la consommation d'alcool jusqu'à la séance suivante en tenant compte de la consommation antérieure. De plus l'étude montre que cette relation a été modérée davantage par des changements avant le traitement. Par contre la consommation d'alcool durant la semaine précédant une séance ne permet pas de prédire le score de l'alliance. Pour terminer la conclusion explique de manière synthétique les résultats.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Les auteurs nous indiquent que l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient est une composante importante au processus de changement des habitudes de consommation. Plus précisément, de nombreux auteurs dans la littérature s'accordent pour dire qu'il y a une relation positive entre l'évaluation faite par les patients de l'alliance thérapeutique et les résultats.</p> <p>Des faits amenés par de nombreuses études montrent la pertinence de ce problème. Les auteurs de cette étude nous précisent toutefois que les recherches sur l'alliance thérapeutique dans le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool n'ont pas fait l'objet d'autant de recherche que celle pour le traitement de troubles psychiatriques, d'où l'intérêt des auteurs.</p>

	Les différents résultats exposés dans les différentes recherches sur ce sujet sont exprimés et permettent aux auteurs d'argumenter leurs trois questions qui ont permis la conduite de cette étude.
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une large et solide recension a été entreprise sous différents angles sur l'alliance thérapeutique et permet de présenter l'état des connaissances actuelles. La recension contient des articles datant de 1991 à 2015.</p> <p>Pour commencer, l'étude mentionne une méta-analyse (Horvath, Del Re, Fluckiger et Symonds, 2011) qui révèle une relation positive entre l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement. Puis les auteurs décrivent les résultats de divers articles traitant du sujet et en ressortent 3 postulats pour leur recherche.</p>
<b>Cadre de recherche</b>	Les concepts de l'alliance thérapeutique et de la consommation d'alcool ne sont pas définis. La recension des écrits expose différentes études qui concernent les concepts clés mais aucune définition n'y apparaît. La méthodologie de recherche sous-jacente n'est non plus pas explicitée.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude n'est pas exprimé de manière explicite mais est sous-entendu. Il s'agit d'évaluer séance après séance les interactions qu'il y a entre la perception du patient de l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool entre les séances.</p> <p>De cette question, les auteurs ont émis l'<u>hypothèse</u> que l'alliance thérapeutique évaluée immédiatement après chaque séance de traitement permet de prédire la consommation d'alcool pendant la période allant jusqu'à la séance de traitement suivante, indépendamment de la consommation d'alcool avant la séance.</p> <p>D'autres analyses ont été effectuées afin d'examiner la relation entre la consommation d'alcool avant une séance de traitement donnée et la cote attribuée par le patient à l'alliance thérapeutique pour cette séance, indépendamment de la cote attribuée à la séance précédente.</p> <p>Les auteurs ont également vérifié dans quelle mesure les changements dans la consommation d'alcool avant le traitement ont modifié ces interrelations.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	63 personnes (femmes n=20) qui cherchaient à obtenir un traitement ambulatoire pour des troubles liés à la consommation d'alcool ont participé à cette étude. La population a été recrutée dans la collectivité au moyen d'annonces dans les journaux et à la radio locaux. Les participants devaient répondre aux critères d'exclusion et d'inclusion telle satisfaire les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) pour le diagnostic de la dépendance actuelle à l'alcool. (voir p. 4)

	<p>Cette méthode d'échantillonnage a permis à l'étude d'atteindre son objectif mais n'est pas justifiée sur une base statistique. De plus, aucune information n'est précisée concernant la manière dont la taille de l'échantillon a été déterminée ainsi que le souhait d'accroître l'échantillonnage de la part des auteurs.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Un consentement éclairé a été signé par les participants. La recherche a été approuvée par le Conseil d'examen institutionnel de l'Université de Buffalo Social and Behavioral Sciences.</p>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Il s'agit d'une étude longitudinale. Les variables sont : l'alliance thérapeutique, la consommation d'alcool et les changements effectués par les participants avant l'étude. Les participants ont reçu 12 semaines de thérapie. On peut donc affirmer que le temps passé sur le terrain est suffisant.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Plusieurs outils importés ont été utilisés pour cette étude. Il s'agit :</p> <p>D'un questionnaire de base complet afin de recueillir les caractéristiques démographiques ainsi que les antécédents de traitement de consommation d'alcool.</p> <p>Le MINI (<i>International Neuropsychiatric Interview ; Sheehan et coll., 1997, 1998</i>), a été utilisée pour confirmer le respect des critères de diagnostics du DSM-IV pour la dépendance actuelle à l'alcool.</p> <p>La TLFB (<i>Timeline Follow-back ; Sobell &amp; Sobell, 1992</i>) qui est une entrevue de rappel rétrospective fondée sur un calendrier de la consommation quotidienne d'alcool.</p> <p>Le WAI (<i>Working Alliance Inventory ; Horvath &amp; Greenberg, 1986 ; Tracey &amp; Kokotovic, 1989</i>) : permet d'évaluer l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute sous trois axes objectifs, tâches et obligations.</p> <p>La procédure expérimentale est adhérente avec les outils de mesure qui ont été sélectionnés par les auteurs.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Tous les participants ont reçu 12 semaines de thérapie cognitivo-comportementale standard (TCC ; Kadden et coll., 1992) pour la dépendance à l'alcool. La première séance a duré 90 minutes et les séances successives ont duré 60 minutes chacune.</p> <p>La collecte des données a été effectuée grâce aux outils décrits ci-dessus. Lors de la première séance les participants ont dû répondre aux 4 questionnaires puis, après chaque séance les participants devant répondre au WAI et au TLFP.</p> <p>Les thérapeutes ont reçu au préalable des formations sur la TCC à l'aide du projet MATCH et durant l'étude ils ont reçu une supervision hebdomadaire par les superviseurs cliniques. Chaque séance a été analysée par le superviseur clinique à l'aide de bande sonore.</p>

	<p>Le recueil de certaines données telles que la perception de l'alliance thérapeutique de la part des clients ainsi que leur consommation d'alcool n'ont pas été transmises aux thérapeutes dans le but de créer une relation de confiance mais également de minimiser les biais.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>L'évolution des changements survenus au cours du traitement, a été explorée par des courbes de croissance indépendante. Les résultats de la consommation d'alcool entre chaque séance ont été analysés via le modèle de poisson. Puis afin de coupler ses résultats les auteurs ont utilisé des modèles de régression.</p> <p>Les paramètres des modèles utilisés ont été également évalués à l'aide d'une estimation restreinte de la quasi-vraisemblance pénalisée (PQL restreinte). Ceci montre que les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ont été pris en considération.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Ce chapitre est divisé en 4 parties narratives illustrées de tableaux afin de présenter les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Une introduction qui traite des modèles inconditionnels et des corrélations intra-classes.</b> Les corrélations intra-classes du nombre de jours de consommation d'alcool, du nombre de jours de consommation excessive d'alcool et l'alliance de travail étaient respectivement de 0.667, 0.713 et 0.751.</li> <li>○ <b>L'examen des changements de l'alliance thérapeutique et de la consommation d'alcool,</b> de manière générale des changements ont été observés pour tous les résultats liés à la consommation d'alcool et à l'alliance thérapeutique. Plus précisément une diminution du nombre de jours de consommation d'alcool et du nombre de jours de consommation excessive d'alcool au cours du traitement a été observée. À l'inverse une augmentation significative de l'alliance thérapeutique a été notée.</li> </ul> <p>Les changements dans la consommation d'alcool varient en fonction du niveau de changement avant le traitement. C'est-à-dire les personnes qui présentaient un plus grand changement avant le traitement avaient une consommation d'alcool diminué au début du traitement contrairement à ceux dont le changement avant le traitement était moins marqué. De ceci l'étude met en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une plus grande consommation avant le début du traitement (= un faible changement avant le traitement) est associée à une diminution plus marquée de la consommation d'alcool pendant le traitement.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une consommation plus modérée avant le début du traitement (= un changement élevé avant le traitement) induit des changements mineurs durant le traitement.</li> </ul> <p>Par contre les changements dans l'alliance thérapeutique n'ont pas été modérés par les changements avant le traitement. Au contraire, l'alliance thérapeutique a augmenté de façon significative au cours du traitement pour tous les participants, quel que soit le statut de changement avant le traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>L'alliance thérapeutique antérieure prédit les résultats liés à la consommation d'alcool :</b> Plus précisément, les résultats montrent que les cotes attribuées à l'alliance thérapeutique par les patients au cours d'une séance prédisent de façon significative des changements dans le nombre de jours de consommation d'alcool et de jours de consommation excessive, de sorte que des scores plus élevés prédisent une consommation inférieure au cours de la semaine suivante.</li> <li>○ <b>La consommation d'alcool antérieure prédit l'alliance thérapeutique :</b> Les résultats indiquent que ni le nombre de jours de consommation d'alcool ni le nombre de jours de consommation excessive d'alcool dans la semaine précédant une séance de traitement ne permettaient de prévoir des changements dans l'alliance thérapeutique. De plus un changement avant le traitement n'influence pas ces analyses.</li> </ul> <p>Finalement, les auteurs ne nous indiquent pas s'ils ont fait évaluer leurs données par d'autres experts.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les conclusions découlent logiquement des résultats et résument la situation dans sa globalité. Les résultats sont interprétés pour chacune des questions ainsi que pour l'hypothèse.</p> <p>Les résultats sont comparés avec les études antérieures et dans la majorité ils concordent. Les auteurs vont plus loin en précisant que cette étude a montré que les changements prétraitement en symptomatologie ont des implications pour l'étude de l'alliance thérapeutique et pour le processus de traitement. En tant que telle, l'alliance thérapeutique peut être particulièrement importante pour le processus de changement de comportement dans les cas où le patient n'a pas déjà initié ou expérimenté des changements en symptomatologie avant la première séance de traitement.</p> <p>Les auteurs soulèvent plusieurs limites dans l'étude. Une seule approche de traitement, cognitive et comportementale, a été utilisée. De plus les auteurs, soulèvent les limites de l'outil WAI pour cette étude. Une autre limite est la source de mesure de l'alliance</p>



	<p>thérapeutique et du résultat (consommation d'alcool) qui était la même (autodéclarations des patients), ce qui peut avoir influencé dans une certaine mesure la validité des constatations. Horvath et ses collaborateurs (2011) ont identifié le facteur " même source " comme modérateur possible de l'ampleur de l'effet d'alliance thérapeutique.</p>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Les auteurs font ressortir que l'alliance thérapeutique est directement pertinente à l'évolution clinique d'un patient dans le traitement d'un trouble lié à la consommation d'alcool.</p> <p>L'un des points forts de cette étude est la mesure séance par séance de l'alliance thérapeutique, cependant Falkenstrom, Hatcher, Skjulsvik, Larsson et Holmqvist (2015) soulèvent une préoccupation au sujet de la mesure de l'alliance thérapeutique au cours des mesures répétées. Ces mêmes auteurs ont mis au point une méthode pour mesurer l'alliance thérapeutique séance par séance. Les auteurs préconisent cette méthode pour toute réplication de cette étude.</p> <p>Pour terminer, les auteurs suggèrent d'autres propositions pour des études futures afin d'étendre leurs résultats et d'explorer leurs implications cliniques, tels que de fournir plus d'informations sur l'évaluation des patients aux thérapeutes ou encore de prendre encore en compte d'autres variables du processus comme l'empathie perçue par le thérapeute.</p>

## The Indirect Effect of the Therapeutic Alliance and Alcohol Abstinence Self-Efficacy on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems in Project MATCH.

*Maisto, S. A., Roos, C. R., O'Sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Witkiewitz, K.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre inclut les concepts d'alliance thérapeutique et d'auto-efficacité dans le cadre de consommation et d'abstinence alcoolique, ce dernier étant basé sur un projet nommé MATCH.
<b>Résumé</b>	L'alliance thérapeutique est impliquée dans la variance des résultats pour les personnes traitées pour des troubles de la consommation d'alcool. L'auto-efficacité dans l'abstinence est un médiateur dans la relation entre l'alliance thérapeutique et les résultats des patients. L'étude se base sur les conclusions du projet MATCH utilise « l'inventaire des alliances de travail » (WAI) L'alliance thérapeutique et l'auto-efficacité sont importantes pour les résultats des troubles de l'usage de l'alcool et le traitement cognitivo-comportemental rapportait une association positive entre l'évaluation de l'alliance et les changements d'auto-efficacité.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	Le but de l'étude est d'étudier l'effet de la médiation statistique sur l'auto-efficacité de l'abstinence à l'alcool. Et l'intérêt central de cet effet est la relation entre les résultats de l'alliance et l'auto-efficacité.
<b>Recension des écrits</b>	Des études antérieures ont déjà été menées sur le sujet et la littérature actuelle démontre l'importance de l'alliance de l'alliance thérapeutique. Elle explique la variance dans la prédiction de la consommation d'alcool et les résultats du traitement du trouble AUD (alcohol use disorders). L'auto-efficacité de l'abstinence apparaît comme une construction essentielle dans la relation entre l'alliance et les résultats liés à la consommation d'alcool du patient. La relation négative entre l'auto-efficacité du patient et les résultats du traitement peut être compensée par une alliance thérapeutique forte.
<b>Cadre de recherche</b>	Dans cet article les principaux concepts clés mis en évidence sont l'alliance thérapeutique et l'auto-efficacité. Les auteurs cherchent à étendre l'étude Hartzler et al. (2011), Connors et collègues (1997) et du projet MATCH sur un échantillon de patient en ambulatoire. Les auteurs ont conservé 2 résultats des recherches de Hartzler et al. (2011) qui sont le pourcentage de jours de consommation et les conséquences négatives liées à l'alcool et ont en examiner un nouveau.

<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de l'étude est d'étudier l'effet de la médiation statistique sur l'auto-efficacité de l'abstinence à l'alcool. Et l'intérêt central de cet effet est la relation entre les résultats de l'alliance et l'auto-efficacité. Les auteurs supposent que les conditions de traitement ont des effets directs sur l'alliance thérapeutique, l'auto-efficacité d'abstinence à partir de 3 mois jusqu'à 12 mois après la fin du traitement et sur les résultats en matière d'alcoolisation à partir de 3 mois jusqu'à 12 mois après la fin du traitement (Fig.1)</p> <p>Ils prévoyaient également que les participants à la MET (Motivational Enhancement Therapy) afficheraient un niveau d'alliance plus élevé. Les participants à la TCC (thérapie cognitivo-comportementale) présenteraient des niveaux plus élevés d'auto-efficacité. Les conditions du traitement permettraient de modérer l'association entre l'alliance et l'auto-efficacité.</p> <p>L'évaluation de l'auto-efficacité liée à la consommation d'alcool serait plus sensible aux alliances reportées par les patients dans la TCC que dans la MET ou la thérapie en 12 étapes (TSF).</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>1'726 participants ont été recrutés sur 9 sites aux Etats-Unis. Ces derniers ont été répartis au hasard dans 1 des 3 conditions de traitement pour les troubles d'usages liés à l'alcool ; soit la TCC, la MET ou la TSF.</p> <p>952 des patients étaient traités en ambulatoire et 774 en suivi postcure.</p> <p>Les patients devaient avoir un diagnostic actuel d'abus d'alcool ou de dépendance selon le DSM III ; une consommation active d'alcool précédant l'admission à l'étude ; minimum 18 ans et un niveau de lecture de 6<sup>ème</sup> année.</p> <p>Finalement l'échantillon est de n=755 pour les patients et n=743 pour les thérapeutes selon les modèles WAI.</p> <p>Seulement les données des patients traités en ambulatoire ont été traitées car les études antérieures utilisant les données du projet MATCH démontrent que l'alliance prédit plus faiblement les résultats des patients dans cet échantillon.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Les auteurs ne précisent aucune information concernant les considérations éthiques.</p>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Il s'agit d'une étude longitudinale.</p> <p>Les différentes variables sont : l'éducation, le sexe, l'état de préparation du changement, la gravité de la dépendance à l'alcool, le pourcentage des séances de traitements suivies, le niveau de base d'auto-efficacité et les résultats de consommation d'alcool.</p> <p>Des variables dépendantes ont été reprises du projet MATCH :</p>

	<p>La première est la PDD qui est une mesure de la fréquence de la consommation d'alcool. La seconde est la DDD qui est une mesure de l'intensité ou de la gravité de la consommation d'alcool.</p> <p>Les auteurs ont mené l'étude sur 15 mois de suivi au total.</p>
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Pour analyser les données, les auteurs ont utilisé les données du projet MATCH. Il comprend une série de vastes mesures. Un modèle multivarié de croissance du processus parallèle a été dérivé des études précédentes et testé sur 3 variables. L'échelle de Likert a également été utilisée.</p> <p>Les instruments sont importés, il s'agit de l'échelle d'auto-efficacité de l'abstinence à l'alcool (the Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – AASE), l'inventaire des alliances de travail (Working Alliance Inventory – WAI) pour mesurer l'alliance thérapeutique, le formulaire 90 (Form 90) pour mesurer la consommation d'alcool et le Drinker Inventory of Consequences (DrInc) qui mesure les conséquences de la consommation d'alcool.</p> <p>Cette étude portait sur la consommation d'alcool et d'autres renseignements recueillis lors de l'évaluation initiale, l'alliance thérapeutique pendant le traitement, l'auto-efficacité après le traitement et les données sur la consommation d'alcool pendant la première année suivant le traitement.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Les données ont été tirées de questionnaires décrits ci-dessus. Les suivis de 3, 9 et 15 mois ont été les points clés d'évaluation de bases, accompagnées de bilans sanguins et d'urine et d'entrevue parallèle (personne familière avec la consommation d'alcool du participant).</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Les différentes associations entre les variables ont été évaluées à l'aide d'un modèle de croissance parallèle.</p> <p>Des mesures de références ont été incluses comme prédicteurs de résultats de l'alliance, l'auto-efficacité et la consommation d'alcool. Les modèles ont été testés avec la version 7.1 de Mplus.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Plusieurs tableaux et figures sont présentés dans l'article afin d'illustrer les résultats et de les rendre compréhensibles.</p> <p>L'auto-efficacité post traitement à tous les suivis est liée de façon significative à tous les résultats du suivi de la consommation d'alcool. Une auto-efficacité plus élevée à la fin du traitement prédit une baisse de la PDD, de la DDD et de la DrInc à la fin du traitement. Une augmentation de l'auto-efficacité au fil du temps prédit une baisse de la PDD, de la DDD et de la DrInc sur le long terme.</p> <p>Plus la motivation est forte, plus on prévoit une augmentation de l'auto-efficacité avec le temps.</p>

	<p>L'association entre les évaluations de l'alliance (score WAI) et le changement dans l'auto-efficacité est positive pour la TCC mais négative pour la MET et la TSF.</p> <p>Une plus grande motivation de base prédit une meilleure évaluation de l'alliance thérapeutique par les clients. Les thérapeutes en MET, comparativement à ceux en TSF, ont rapporté une plus grande alliance thérapeutique.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Il existe un effet de médiation statistique avec l'auto-efficacité à la fin du traitement, médian l'association entre les résultats de l'alliance thérapeutique (client et thérapeute) et les résultats reliés à la consommation d'alcool après le traitement. Une alliance plus grande prédisant une meilleure auto-efficacité et de meilleurs résultats thérapeutiques.</p> <p>Il y a un changement (croissance) de l'auto-efficacité et des résultats liés à la consommation d'alcool au cours des évaluations effectuées à 3, 6, 9 et 12 mois après la fin du traitement.</p> <p>L'alliance et l'auto-efficacité ont des effets directs sur les résultats de consommation d'alcool. L'alliance en traitement précoce (pour le patient et le thérapeute) permet au patient de travailler vers l'objectif d'abstention ou de réduction de la consommation plus rapidement.</p> <p>La MET est une approche thérapeutique qui favorise l'alliance (évaluation du thérapeute) et l'alliance dans la MET peut-être un moyen d'améliorer l'auto-efficacité du patient qui permet d'amener et maintenir un changement dans sa consommation d'alcool.</p> <p>L'association entre l'évaluation de l'alliance par le patient et la croissance de l'auto-efficacité était positive pour les patients ayant suivi la TCC, mais négative les patients ayant suivi la MET et la TSF.</p> <p>L'étude est limitée par un protocole de recherche qui n'a pas été conçu principalement pour vérifier les hypothèses de cette dernière. Les données du projet MATCH datent de plus de 20 ans, certaines des mesures peuvent donner des résultats qui ne sont pas représentatifs des traitements et des résultats actuels. Encore, ce projet a plusieurs lacunes pouvant entraîner un biais (absence de conditions, protocole d'évaluation)</p> <p>Les effets de médiation statistique concernent des variables toutes mesurées simultanément lors de l'évaluation post-traitement, ainsi l'ordre temporel des variables qui seraient observées dans un effet de médiation causale actuel n'était pas évident dans les données.</p> <p>Les résultats reprennent ceux de Hartzler et ses collègues (2011) et soulignent la relation cohérente entre l'alliance thérapeutique et les résultats de l'abus de consommation d'alcool et sa médiation par auto-efficacité.</p>

<b>Conséquences et recommandations</b>	Il faudrait déterminer plus précisément comment l'alliance est liée à l'auto-efficacité au fil du temps dans sa contribution aux résultats à long terme du traitement de l'abus d'alcool.
--	---

## Does Change in Alliance Impact Alcohol Treatment Outcomes ?

*Kan, L. Y., Henderson, C. E., Von Sternberg, K., & Wang, W.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Est-ce que le changement d'alliance a un impact sur les résultats du traitement de l'alcoolisme ?
<b>Résumé</b>	<p>Le but est d'examiner si l'augmentation de l'alliance est associée à diminution de la consommation d'alcool et à un médiateur statistique entre le traitement et le résultat.</p> <p>L'alliance augmente significativement pour les participants à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie en 12 étapes (TSF) mais pas pour la thérapie d'amélioration motivationnelle (MET). Et entre le début et la fin du traitement la consommation d'alcool a diminué et est liée à l'augmentation de l'alliance.</p>
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	Cette étude vise à examiner la relation entre les changements de l'alliance durant le traitement et les résultats à l'aide des données du projet MATCH.
<b>Recension des écrits</b>	<p>Les auteurs mentionnent les conclusions globales de recherche antérieures.</p> <p>Ils se basent également sur les données du projet MATCH afin de réaliser leur recherche.</p> <p>À ce jour, peu d'étude démontre si l'alliance agit comme médiateur dans la relation entre le traitement et le résultat. Les études n'ont mesuré que l'alliance à des moments précis, ce qui ne permet pas de comprendre réellement pourquoi le traitement fonctionne et les mécanismes du changement.</p>
<b>Cadre de recherche</b>	Les concepts clés de l'étude sont l'alliance thérapeutique et la consommation d'alcool.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Les auteurs émettent plusieurs hypothèses, dont celle que l'alliance augmenterait à travers le temps et que cette dernière serait associée à la diminution des comportements de consommation d'alcool, et de manière plus explicite pour la MET.</p> <p>Ils ont également posé une question de recherche : est-ce que l'augmentation de l'alliance avait statistiquement un effet sur la relation entre les conditions du traitement et comportement de consommation d'alcool dans la MET, la CBT ou la TSF.</p> <p>L'objectif d'analyse et d'examiner si l'alliance augmente avec le temps, si ce changement est corrélé avec la diminution de consommation d'alcool et si le changement est un médiateur dans la relation entre le traitement et les résultats.</p>

<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	1'726 participants ont été recrutés dans deux échantillons parallèles : celui des patients en ambulatoire (952) et celui des patients hospitalisés ou en hospitalisation de jour (774). La plupart répondaient aux critères du DSM-III de la dépendance à l'alcool. Ils ont été répartis soit dans la thérapie en 12 étapes, soit à 4 séances de thérapie d'amélioration motivationnelle ou alors 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale.
<b>Considérations éthiques</b>	Les participants ont signé un consentement éclairé.
<b>Devis de recherche</b>	Il s'agit d'une étude longitudinale, randomisée. C'est un essai clinique.
<b>Modes de collectes de données</b>	Les outils utilisés sont le « Form 90 » afin de recueillir la consommation quotidienne d'alcool. Il inclut également d'autres variables (consommation de drogues, participation à des groupes d'entraide, assiduité au travail/école, hospitalisations, incarcération) Et le « Working Alliance Inventory » (WAI) donnant un score indiquant l'alliance. Ils se rapportent également au projet MATCH et définissent les variables suivantes : la fréquence de consommation d'alcool (pourcentage de jours d'absence, PDA) et la gravité de la consommation (consommation par jour de consommation, DDD), analysées séparément selon les 2 échantillons distincts. Les auteurs ont créé des formulaires d'auto-évaluation pour le patient et le thérapeute.
<b>Conduite de la recherche</b>	Les outils utilisés sont décrits plus haut.
<b>Analyse des données</b>	Les auteurs ont suivi les procédures de Cheong et al. Afin de tester des modèles de courbes de croissance latente à processus parallèle (LGM) en utilisant la version 5.1 MPlus, pour examiner les changements dans l'alliance et les résultats. Les auteurs ont ajouté des codes fictifs aux processus parallèles afin de déterminer si le changement dans l'alliance a un rôle de médiateur dans la relation entre le traitement et les résultats du changement. Ils ont également comparé l'effet de la médiation du changement d'alliance entre la TCC, la MET et la TSF. Le traitement a été divisé en deux tranches sur les 12 semaines de suivi avec l'hypothèse que le changement d'alliance pourrait être différent selon un changement précoce dans le résultat qu'avec un changement ultérieur. De plus, la période post-traitement a été divisée en 3 tranches de 3 mois. Afin de minimiser les impacts de données manquantes, les moyennes des variables ont été calculées si les 2/3 des données étaient disponibles.



	Afin d'améliorer la distribution des données, les auteurs ont suivi le « Research Group's », pour les variables PDA et DDD reprises dans le projet MATCH.
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La figure 1 représente les échantillons, la randomisation et les évaluations des différents traitements (TCC, MET, TSF).</li> <li>- La figure 2 représente les comportements liés à l'alcool entre le début de l'étude et 15 mois après le traitement.</li> </ul> <p>3 modèles individuels de croissance latente ont été testés (LGM) pour le WAI, la DDD et la PDA pour les deux échantillons présentés dans les tableaux.</p> <p>Les évaluations de l'alliance étaient élevées dans les deux échantillons à tous les points. Les évaluations sont significativement plus élevées pour la MET.</p> <p>Pour les comportements liés à la consommation d'alcool, les participants recevant des soins de suivi (postcure) signalaient une consommation plus fréquente et grave par rapport aux patients ambulatoires.</p> <p>Après le traitement, les patients en ambulatoire ont reporté moins de jours de consommation d'alcool (PDA) et une gravité de consommation (DDD) similaire ou supérieure par rapport au patients en suivi.</p> <p>Pour les deux échantillons, les changements notables en termes de consommation, se sont produits entre le début et le milieu du traitement.</p> <p>Les évaluations des alliances augmentent à travers le temps pour les patients ambulatoires et en suivi.</p> <p>Pour ces deux échantillons, la gravité et la fréquence de la consommation diminuent entre le début et la fin du traitement puis augmente entre le milieu et la fin de période de suivi post traitement. Encore, au fur et à mesure que l'alliance augmente, la gravité de la consommation d'alcool (DDD) diminue d'abord du début au milieu du traitement, puis augmente du milieu du traitement à la fin de la période de suivi. Quant à elle, la fréquence de consommation d'alcool (PDA) à augmentait d'abord du début au milieu du traitement et diminuait par la suite du milieu du traitement à la fin du suivi. Les estimations de la relation entre l'augmentation de l'alliance et de la gravité et la consommation d'alcool sont faibles.</p>

DISCUSSION	
<p><b>Interprétations des résultats</b></p>	<p>Selon les résultats, la MET est le seul traitement n'ayant pas amélioré l'alliance dans le temps. En revanche, l'évaluation de la WAI-T était plus élevée à la semaine 2 pour les participants à la MET et ces évaluations sont restées stables durant le traitement. L'accent mis sur la création de l'alliance dans la MET pourrait expliquer ce résultat.</p> <p>Le second résultat est que l'augmentation de l'alliance ou la stabilité d'une alliance forte et précoce sont liées différemment à la fréquence et la gravité de la consommation. Ceci pourrait s'expliquer par l'objectif du traitement de l'abstinence et les interventions utilisées par le thérapeute (le but étant de travailler sur la réduction de la consommation plutôt que sur la quantité bue et la gravité).</p> <p>Les trajectoires de l'alliance (amélioration ou maintien de l'alliance) sont liées à la détérioration subséquente des résultats des traitements et des comportements liés à la consommation. Les études antérieures démontrent que l'on observe un premier changement important du comportement qui diminue légèrement avec le temps dans les traitements de l'alcool.</p> <p>Les thérapeutes MET ont déclaré établir et maintenir une alliance plus forte dans une période plus courte que pour la TCC ou TSF.</p> <p>Les résultats de cette étude ne concordent pas avec les autres études, dont celles utilisant aussi les données du projet MATCH. Les raisons peuvent être les différences dans le moment d'évaluation de l'alliance et des résultats, la façon dont les changements dans l'alliance et les résultats sont modélisés et les méthodes statistiques utilisées.</p> <p>Mais, l'étude démontre néanmoins que le maintien ou l'augmentation d'une alliance forte est lié à une diminution globale de la fréquence de consommation d'alcool. L'alliance est donc importante dans le traitement des troubles de la consommation d'alcool.</p> <p>En ce qui concerne les limites, les hypothèses concernant les résultats de l'étude ne peuvent être vérifiées sans un véritable groupe témoin.</p> <p>La population étant principalement des hommes de race blanche, les résultats ne sont pas généralisés pour les femmes ou d'autres ethnies.</p> <p>Un nombre plus élevé de séances auraient pu nuancer les trajectoires de croissance des ruptures et des réparations d'alliances.</p> <p>L'alliance est évaluée que par le thérapeute à l'aide WAI et pas le patient.</p>

<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Les cliniciens doivent suivre l'alliance tout au long du traitement et agir stratégiquement afin de rétablir les ruptures.</p> <p>La MET est intéressante de par son approche interactionnelle et collaborative entre le client et le thérapeute.</p> <p>Des recherches futures devraient envisager l'inclusion d'un groupe témoin afin d'explorer en profondeur le rôle de l'alliance dans le traitement de l'alcoolisme.</p> <p>Dans l'étude, il n'y a pas de constatations que le changement dans l'alliance ait un rôle dans la relation entre le traitement et les résultats. Les auteurs suggèrent que les chercheurs mesurent l'alliance en toute liberté, qu'ils incluent les évaluations du thérapeute et du client et évaluent d'autres médiateurs potentiels.</p>
--	---

## Within treatment therapeutic alliance ratings profiles predict posttreatment frequency of alcohol use.

*Prince, M. A., Connors, G. J., Maisto, S. A., & Dearing, R. L.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Dans le cadre du traitement, les profils d'alliance thérapeutique permettent de prédire la fréquence de la consommation d'alcool après le traitement.
<b>Résumé</b>	L'étude examine l'association entre les caractéristiques de l'alliance lors du traitement et la consommation d'alcool sur un suivi de 4 mois après. Les profils d'évaluation de l'alliance des clients sont associés à la fréquence de la consommation d'alcool après le traitement ambulatoire.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	Le rôle de l'alliance thérapeutique (AT) dans les troubles liés aux substances a un intérêt. La plupart des recherches se concentrent sur l'évaluation de l'AT à des moments prédéterminés, mais il y a un besoin de recherche afin d'élucider la nature de l'AT tout au long du traitement. Cela permettrait un éventail plus large d'évaluation de l'AT pour l'étude, telle que la moyenne d'évaluation de l'AT au cours du traitement, de calculer la différence entre les séances en termes d'évaluation et de tendance temporelle. La première idée de cette étude est que l'évaluation de l'AT après chaque séance, permet d'évaluer les variables potentiellement pertinentes afin de comprendre les processus du traitement liés à des troubles d'usages de substances. La seconde s'intéresse à la perspective à travers laquelle l'évaluation de l'AT est fournie.
<b>Recension des écrits</b>	L'étude reprend l'état des connaissances et des recherches actuelles sur le sujet. Ces dernières démontrent une relation modeste et généralement constante et positive entre l'AT et les résultats du traitement. Une AT positive peut également contrecarrer des facteurs associés négativement aux résultats de traitement (basse auto-efficacité, faible motivation). Les auteurs reprennent des recherches en psychothérapie, qui indiquent que l'évaluation de l'AT par le client est un meilleur prédicteur en termes de processus et de résultat du traitement que celle par le thérapeute. D'autres études contredisent quant à elles cette conclusion dans l'évaluation par des patients ambulatoires traités pour un trouble de la consommation d'alcool.

<b>Cadre de recherche</b>	Les concepts clés sont l'alliance thérapeutique et ses profils et la consommation d'alcool.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de cette étude est de répondre aux questions relatives à l'AT identifiées dans le contexte d'un traitement ambulatoire pour un trouble lié à l'alcool.</p> <p>Les auteurs ont posé 2 hypothèses : les profils latents de l'AT distinguant les caractéristiques de l'AT au cours du traitement pourraient être identifiés ; puis ces derniers prédiraient la fréquence de consommation d'alcool et l'abstinence après un épisode de traitement et au cours de la période de suivi.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>65 patients ont été recrutés pour un final de 62 retenus dans l'étude, à l'aide d'annonces dans les journaux et à la radio. Ils cherchaient à être traités en ambulatoire pour un trouble de la consommation d'alcool.</p> <p>Ils devaient avoir entre 18 et 65 ans, répondre aux critères du DSM-IV et vivre à une distance proximale du site de traitement. Ont été exclus tous les patients avec des atteintes psychologiques, une déficience neurocognitive ou ayant reçu un traitement contre la toxicomanie 12 mois précédents.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Des mesures de consentement éclairé ont été appliquées.</p> <p>« The University at Buffalo Social and Behavioral Sciences Institutional Review Board » a accepté la recherche. Elle a été financée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Grant</p>
<b>Devis de recherche</b>	Devis de recherche mixte à l'aide de questionnaires et de statistiques.
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>La collecte de données incluait des données démographiques (emploi, statut civil, atcd de toxicomanie).</p> <p>Ils ont utilisé le Time Follow-back (TLFB), qui est un interviewer, pour l'évaluation de la consommation quotidienne d'alcool pendant la période de référence, les 12 semaines de traitements et la période de suivi.</p> <p>Ils ont également utilisé l'inventaire des alliances version courte WAI-S). Cet outil comporte trois sous-échelles d'évaluation : l'entente du client/thérapeute par rapport aux objectifs, les tâches de la thérapie et le lien entre le client/thérapeute.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	Dans l'étude, les auteurs se concentrent sur les jours d'abstinence en pourcentage. L'abstinence est le but du traitement thérapeutique.

	<p>Les patients ont reçu 12 semaines de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), pour des séances de 60 minutes avec un des 3 thérapeutes de la clinique avec 5 ans d'expérience dans les troubles de consommation d'alcool, ne connaissant pas les hypothèses de l'étude. Ils ont été supervisés par un 4<sup>ème</sup> auteur. La TCC était réalisée en 7 séances et les 4 dernières étaient adaptées selon les besoins cliniques.</p> <p>À la fin de chaque séance le patient et le thérapeute rendaient des évaluations selon le WAI en fonction de leurs perceptions.</p>
<b>Analyse des données</b>	<p>Des groupes différents de personnes ayant des caractéristiques similaires d'AT entre le client et le thérapeute ont été créés. Les profils des alliances ont été établis à l'aide de l'analyse du profil latent. Le pourcentage de jour d'abstinence avant et pendant le traitement a été contrôlé.</p> <p>Les analyses ont été réalisées avec la version 7.2 Mplus</p> <p>Le second d'objectif était d'identifier si les profils latents identifiés étaient associés à des différences de pourcentage de jours d'abstinence (PDA) au cours de la période de suivi.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Il existe une corrélation entre l'évaluation selon le WAI-S entre les évaluations du client et du thérapeute de l'AT qui sont proches dans le temps. Les évaluations séparées dans le temps sont moins associées. Celles réalisées à la même séance par le client et le thérapeute sont modérément corrélées, et pas du tout corrélées quand elles sont espacées dans le temps.</p> <p>Des modèles pour le client et le thérapeute à 3 classes ont été utilisés (alliance élevée, alliance moyenne et alliance faible).</p> <p><b>Pour le modèle du client :</b></p> <p>Les résultats démontrent que la déclaration d'une alliance décroissante au fil de traitement est rarement associée à la classe d'alliance élevée. Cette dernière est associée à la note la plus élevée de la PDA, ce qui indique que plus l'alliance est élevée, plus le pourcentage de jour d'abstinence augmente.</p> <p>La catégorie d'alliance moyenne suppose une certaine détérioration des alliances associées à ce profil. Elle est associée à une note moyenne de l'indice PDA.</p> <p>Pour la catégorie d'alliance faible, elle est associée aux évaluations les plus faibles de l'alliance thérapeutique et aux indices les plus faibles de la PDA. C'est dans ce profil que les cotes des alliances de clients ont varié le plus.</p> <p>Ainsi, les groupes à alliance élevée ont plus de PDA que le groupe à faible alliance. Les groupes à alliance moyenne se trouvent au milieu.</p> <p>Le groupe à alliance élevée a assisté à plus de séances que les groupes à taux moyen et faible.</p>

	<p><b>Pour le modèle du thérapeute :</b></p> <p>La classe à alliance élevée est associée à une évaluation élevée de l'alliance thérapeutique et des évaluations plus élevées de la PDA avant, pendant et après le traitement.</p> <p>La classe à alliance moyenne a des niveaux d'alliance entre celle élevée et celle faible. Elle a également été associée à la PDA la plus élevée lors du traitement et en post-traitement.</p> <p>Les thérapeutes ont signalé une baisse des évaluations d'alliance plus globale que les clients.</p> <p>La classe à faible alliance est associée à l'évaluation la plus faible de l'alliance thérapeutique. Elle est également associée à la PDA la plus faible avant, pendant et après le traitement et à la plus grande gamme d'AT.</p> <p>La classe de l'alliance moyenne a montré un niveau tendanciel plus élevé de la PDA que la classe de l'alliance faible.</p> <p>Le groupe à faible alliance a assisté à beaucoup moins de séances que le groupe à alliance moyenne et élevée.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les profils des alliances des clients prévoient un pourcentage de jours d'abstinence au cours de la période de suivi, contrairement aux profils des alliances de thérapeutes qui ne le font pas. Ces résultats coïncident avec des travaux antérieurs.</p> <p>Il existe des différences dans les profils selon la participation aux séances. Le profil d'alliance élevée du client était associé à une plus grande participation aux séances contrairement aux deux autres profils.</p> <p>Les résultats démontrent que même parmi les profils d'alliance faibles, les thérapeutes et les clients ont fourni des évaluations moyennes d'alliance thérapeutique proches de 5 sur une échelle de 7 points.</p> <p>Les évaluations moyennes des profils des alliances solides étaient de 6,77 pour les clients et de 6,11 pour les thérapeutes sur 7. Encore, pour les profils d'alliances, il y a une amélioration de l'alliance pour les alliances élevées et un déclin pour celles faibles à moyennes.</p> <p>La variabilité des perceptions des clients quant à l'évolution de leur perception de l'alliance a probablement contribué à définir les profils de notation des alliances clients. Par contre, pour les thérapeutes, leur perception quant à l'amélioration ou à la détérioration de l'alliance thérapeutique n'a probablement pas eu beaucoup de poids dans la différenciation de ces profils.</p>

	<p>Les résultats indiquent que le profil d'alliance du client et du thérapeute sont solides de manière générale. Il est également associé dans la plupart des cas à l'abstinence selon l'évaluation des clients, mais pas des thérapeutes.</p> <p>Le profil d'évaluation de l'alliance du client élevé est associé à 13% de plus de jours d'abstinence. Ainsi, un client qui évalue constamment l'alliance au sommet ou près de l'échelle prévoit une forte proportion de jours d'abstinence au cours de la période de suivi.</p> <p>Plusieurs limites sont relevées dans l'article, notamment quant à la manière d'utiliser les échelles d'évaluation qui peuvent conduire à des biais dans les résultats. L'échantillon devrait également être plus large. Les données permettant de créer des profils latents ne sont pas entièrement disponibles avant la fin d'une série de traitements. Encore, l'étude ne porte que sur 3 thérapeutes et les évaluations des observateurs indépendants de l'alliance n'étaient pas disponibles aux fins d'évaluation.</p> <p>Les résultats sont conformes aux recherches sur l'alliance thérapeutique et indiquent les 3 profils latents distincts d'évaluation des alliances thérapeutiques des clients au cours d'un traitement prédisent l'abstinence au cours de la période de suivi, mais pas ceux des thérapeutes.</p>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Les études futures devraient examiner les facteurs liés aux clients (de protection ou de risques) afin que le thérapeute adapte le traitement.</p> <p>D'autres modèles pourraient être utilisés afin d'examiner la relation dynamique entre la consommation d'alcool et l'alliance thérapeutique.</p> <p>Encore, les études futures pourraient inclure des stratégies basées sur les évaluations de l'alliance par les clients afin d'améliorer l'engagement à un traitement et les résultats.</p>



**Motivational interviewing with significant other participation:  
Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and  
engagement.**

*Magill, M., Mastroleo, N. R., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Monti, P. M.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	Le titre de l'article est : <i>Entrevues motivationnelle avec la participation d'un/e proche : Évaluation de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction et de l'engagement du patient</i> . Le titre ne précise que partiellement la population qui est des patients ainsi qu'un proche. Les concepts clefs sont : l'entrevue motivationnelle, le proche, l'alliance thérapeutique, la satisfaction et l'engagement.
<b>Résumé</b>	Le but de l'étude est de comparer des séances d'entretien motivationnel individuel (MI) à des séances d'entretien motivationnel avec un proche (SOMI) sur les résultats du traitement (alliance, fidélité, satisfaction du patient et engagement). Les participants sont des consommateurs d'alcool adultes recrutés dans un centre de traumatologie de niveau I. Aucune méthodologie n'est précisée dans le résumé. Les résultats montrent que l'alliance ne diffère pas d'une séance MI à une séance SOMI. Cependant les patients et les proches ont fait état d'une alliance, d'une satisfaction et d'un engagement plus élevés que ce que le thérapeute a perçu. Il est également mentionné que le niveau de consommation d'alcool au début du traitement influe sur le niveau de participation du patient.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Le problème de l'étude est formulé : il s'agit de déterminer si l'inclusion d'un proche lors d'un bref traitement à l'alcool (comme l'entrevue motivationnelle (MI)) peut être considérée comme une adaptation possible pour les populations hospitalières.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence des études antérieures sur l'efficacité des interventions motivationnelles auprès des populations hospitalières pour réduire la consommation d'alcool ainsi que l'efficacité reconnue des approches de traitement de l'alcoolisme par la thérapie conjugale et familiale. Les auteurs cherchent donc à étudier la combinaison de ces approches et l'acceptabilité de cette nouvelle approche par les proches et les patients dans un traitement bref.</p>
<b>Recension des écrits</b>	Les auteurs se basent sur de nombreuses études pour démontrer l'efficacité et l'acceptabilité de la participation et l'intervention d'un proche ainsi que la fidélité dans l'entretien motivationnelle.

	La recension contient des articles datant de 1986 à 2008. Les auteurs se basent également sur les résultats du projet MATCH.
<b>Cadre de recherche</b>	<p>Les auteurs interrogent la littérature afin de connaître les répercussions positives et négatives de l'intégration d'un proche dans une MI. Cependant les concepts clés ne sont pas mis en avant et clairement explicités.</p> <p>Les auteurs s'appuient sur Miller et Rollnick (2002). Selon eux, la collaboration entre le thérapeute et le patient, ainsi que l'empathie, l'acceptation, l'authenticité et l'égalitarisme exprimés par le thérapeute, sont considérés comme des éléments importants de "l'esprit" de l'entretien motivationnel.</p>
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Le but de cette étude est d'examiner la mise en application et les caractéristiques du traitement au cours de séances MI et de séance SOMI dans un milieu hospitalier. Les auteurs ont cherché plus précisément à :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire les caractéristiques générales des proches qui peuvent être vues dans ce contexte.</li> <li>2. Évaluer si l'alliance, la satisfaction et l'engagement à l'égard du traitement différaient d'un thérapeute, d'un patient et d'un proche.</li> <li>3. Examiner les différences entre les composantes spécifiques des MI lors des séances IMI et SOMI.</li> <li>4. Déterminer si les caractéristiques particulières des patients et de leurs proches participant aux séances de SOMI étaient associées à leur satisfaction et participation à la séance.</li> </ol>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>Les participants à cette étude (N = 382) étaient des patients adultes des services d'urgence et de traumatologie d'un centre de traumatologie de niveau I dans le nord-est des Etats-Unis. Ils devaient répondre à plusieurs critères tels qu'avoir un score de 8 ou plus au <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT), ainsi qu'avoir identifié au moins un proche à intégrer dans l'étude (pour les autres critères, voir p. 393 chapitre 2.1).</p> <p>Un schéma de flux représentant le recrutement et le maintien des participants au sein du traitement est présent en page 394.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Toutes les procédures ont été approuvées par les comités d'examen des établissements universitaires et hospitaliers, et les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> <p>Les thérapeutes ont tous suivie une formation avant l'étude afin de minimiser les risques et maximisé les bénéfices pour les participants.</p>
<b>Devis de recherche</b>	Il s'agit d'une étude longitudinale. Tous les participants ont fait l'objet d'évaluation de suivi à 6 et 12 mois.

	<p>Cette étude a été conduite à partir de données de base et de données sur le processus de traitement provenant d'un essai contrôlé randomisé qui comparait l'efficacité d'une séance MI individuelle à une séance MI à laquelle participait un proche (SOMI).</p>
<p><b>Modes de collectes de données</b></p>	<p>Les auteurs nous précisent ce qu'ils ont cherché mais ne précisent pas tous les outils utilisés.</p> <p><b>Mesure du processus de traitement</b></p> <p>Les processus et les caractéristiques des séances ont été évalués à l'aide de mesures de la qualité du traitement et de l'observance conçues pour être utilisées dans le cadre de l'étude.</p> <p>L'alliance a été mesurée à l'aide de 9 items.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La version du thérapeute a mesuré l'alliance perçue du patient</li> <li>○ La version du patient et de son proche a mesuré l'alliance auto déclarée.</li> </ul> <p>Les thérapeutes, patients et proches ont répondu à des questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'occurrence et l'utilité perçue des éléments de discussions</li> <li>○ La satisfaction à l'égard de la séance</li> <li>○ La participation à la séance</li> </ul> <p><b>Mesures des patients</b></p> <p>La consommation d'alcool de base des patients a été évaluée en fonction d'une fréquence graduelle de consommation d'alcool de six mois</p> <p>L'échelle de contemplation du tabagisme utilisée dans cette étude, a été adaptée dans une précédente étude pour évaluer la motivation à changer le comportement de consommation d'alcool.</p> <p><b>Mesures des proches</b></p> <p>La consommation d'alcool de base des proches a été mesurée à l'aide d'un indice glycémique sur six mois.</p> <p>Le type de relation avec le proche (p. ex. conjoint ou autre partenaire romantique, membre de la famille immédiate ou élargie, ami, colocataire ou collègue de travail) et la réaction à la consommation d'alcool du patient (c-à-d., quitté lorsque le patient a bu, n'a pas accepté, neutre, accepté ou encouragé) ont été évalués au moyen du rapport du patient en utilisant <i>The Important People Instrument</i></p>
<p><b>Conduite de la recherche</b></p>	<p>Après une évaluation de base, où les chercheurs ont vérifié que les participants répondaient aux critères d'inclusions et d'exclusions, les participants ont été répartis au hasard selon cinq variables :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge &gt; 24 ans</li> <li>- AUDIT &gt; 15 points</li> <li>- Gravité des blessures &gt; 4 jours en unité de traumatologie</li> <li>- Sexe</li> <li>- Proche romantique ou non</li> </ul> <p>Ceci afin de recevoir une première séance MI ou SOMI dans le but d'explorer la consommation d'alcool des participants ainsi que leur motivation à apporter des changements dans leur consommation.</p> <p>Les conditions d'intervention ont été décrites dans un manuel mais adaptées de manière flexible aux patients individuels avec huit composantes de traitement possibles : description de l'accident ou des blessures, la semaine type de consommation d'alcool, les avantages et les inconvénients de la consommation d'alcool, la rétroaction personnalisée sur la consommation d'alcool, l'exploration des buts et des valeurs, les perspectives d'avenir et les facteurs de confiance, l'importance et les règles de confiance, et un plan de changement écrit. Les séances SOMI comprenaient des stratégies visant à faciliter la participation des proches tels que l'amélioration de la motivation des patients et le soutien aux efforts de changements.</p> <p>Les thérapeutes de niveau doctorats ou maîtrise ont été formés pour donner des séances MI et SOMI, leurs compétences ont été évaluées par l'équipe de recherche. Ils ont également reçu une supervision hebdomadaire.</p> <p>Tous les participants ont fait l'objet d'évaluation de suivi à 6 et 12 mois.</p>
<p><b>Analyse des données</b></p>	<p>Les caractéristiques de l'échantillon, les rapports des thérapeutes, des patients et des proches sur les composantes du traitement ont été résumés avec les moyennes, les écarts-types et les estimations en percentile.</p> <p>Afin d'examiner les différences dans les variables du processus selon le déclarant (c.-à-d. le thérapeute, le patient, le proche) et selon l'état du traitement, les auteurs ont effectué des essais par paires et des essais indépendants sur des échantillons t.</p> <p>De plus pour déterminer l'impact des participants sur les séances SOMI, des analyses unidirectionnelles de variance ont été effectuées pour comparer l'impact des types de proches sur l'évaluation des patients et des proches sur les processus intra séance (alliance, satisfaction et engagement).</p> <p>Le sexe du patient et de leurs proches ont été examinés par rapport à ces résultats dans deux échantillons indépendants de tests T.</p>

	<p>Pour terminer, une série de corrélations a été effectuée entre les mesures de consommation d'alcool et de motivation des patients, les mesures de consommation d'alcool et de réaction des proches, et l'évaluation des patients et de leur proche sur l'alliance, la satisfaction et l'engagement.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Premièrement les résultats sur l'échantillon montrent que 41% des proches étaient des partenaires romantiques, 30.3% étaient des amis et que 28.6% des membres de la famille. De plus les membres de la famille étaient moins susceptibles d'accepter la consommation d'alcool du patient comparativement aux partenaires et amis romantiques. Les auteurs précisent également que la consommation des proches ne différait pas de façon significative selon le type de relation.</p> <p>Deuxièmement les résultats montrent la cohérence interne de la mesure de l'alliance thérapeutique avec une valeur alpha allant de 0.86 à 0.95 selon les cotes des thérapeutes, des patients et des proches. La cote de l'alliance thérapeutique, de la satisfaction et de l'engagement à l'égard de la séance étaient plus élevées lorsqu'ils étaient évalués par le patient ou le proche que lorsqu'ils étaient évalués par le thérapeute.</p> <p>Troisièmement les résultats montrent que la fréquence des composantes d'une séance (cotées par le thérapeute) varie considérablement (de 47,9 % à 98,8 %). Les séances d'IM et de SOMI n'ont pas donné lieu à des différences (dans le rapport du thérapeute) quant à la survenance des composantes des séances, et les patients ont évalué les composantes comme aussi utiles quelle que soit leur condition thérapeutique.</p> <p>Pour terminer le type de proches ainsi que leur genre n'a pas eu d'impact sur l'alliance, la satisfaction et l'engagement totale lors des séances SOMI. Les femmes ont fait état d'un engagement plus élevé que les hommes mais pas pour l'alliance et la satisfaction. De plus la variable de consommation d'alcool chez les proches, associée à l'engagement des patients avait une association négative. De plus selon les patients seuls, l'acceptation de la consommation d'alcool du patient de la part des proches était significative et avait un lien négatif dans l'engagement du proche.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Les résultats sont discutés et comparés aux études antérieures il en ressort : Qu'il est possible d'inclure un proche dans les séances d'entretien motivationnel et de maintenir un niveau élevé d'engagement et de satisfaction des patients. Cependant, la consommation d'alcool chez les proches et les attitudes à l'égard de la consommation d'alcool semblaient être les caractéristiques les</p>

	<p>plus importantes pour la recherche future. Plus précisément, la consommation d'alcool par les proches avait un lien négatif avec l'engagement des patients, et les proches qui acceptaient la consommation d'alcool par les patients étaient moins susceptibles de se sentir engagés dans des séances que ceux qui ne l'acceptaient pas. C'est chez les partenaires romantiques que l'on trouve la plus forte proportion d'acceptation de la consommation d'alcool par les patients. Par conséquent, l'inclusion d'un proche dans une séance peut être moins utile lorsque le proche est lui-même un buveur ou lorsque le proche appuie la consommation d'alcool du patient, et ces indicateurs peuvent être plus importants à considérer que des caractéristiques comme le sexe ou le type de relation de l'OC.</p> <p>L'évaluation des séances par les thérapeutes a toutefois été légèrement inférieure à celle des participants. Bien que significativement différentes, ces cotes étaient qualitativement constantes. Il est possible que cela reflète des attentes et des processus différents de la part des trois parties. De plus, l'uniformité et l'acceptabilité du traitement étaient très semblables entre IMI et SOMI.</p> <p>Les limites de l'étude : les auteurs expliquent que ces travaux sont transversaux et font l'objet d'une analyse secondaire, ils devraient être considérés comme exploratoires. Les auteurs expliquent que la sélection des proches a pu être un biais à l'étude mais comme ils ont été désignés comme premier choix de la part des patients, ceci a peut-être diminué ce potentiel biais.</p> <p>Conclusion : Cette étude indique que l'implication d'un proche dans une brève intervention opportuniste pour l'alcool est acceptable et perçue comme utile.</p>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>L'IM est conçu pour faciliter le changement de comportement chez les personnes qui en sont à divers stades de préparation motivationnelle, et les résultats suggèrent que cette orientation peut être étendue à ceux qui sont sur le point de s'engager dans la voie du changement.</p> <p>Les études futures devraient examiner le rôle du soutien des proches, de la motivation et des variables liées à la consommation d'alcool par rapport au processus de traitement et aux résultats des patients, et si ces associations sont modérées par sexe.</p>

## Therapeutic Alliance, Client Need for Approval, and Perfectionism as Differential Moderators of Response to eHealth and Traditionally Delivered Treatments for Comorbid Depression and Substance Use Problems.

*Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Palazzi, K., Lewin, T. J., & Kelly, B. J.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	<p>Le titre « <i>L'alliance thérapeutique, Besoin d'approbation du client, et le perfectionnisme comme modérateurs différentiels de la réponse à la cybersanté et aux traitements traditionnels pour la dépression comorbide et les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues</i> » précise les concepts clefs (l'alliance thérapeutique, le besoin d'approbation du client et le perfectionnisme), les interventions (cybersanté et traitements traditionnels). La population n'est pas clairement décrite mais supposée (personne qui présente une dépression comorbide et des problèmes de consommation d'alcool et autres drogues).</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Objet :</b> L'étude vise à entreprendre une analyse exploratoire de l'impact de l'alliance thérapeutique et des attitudes dysfonctionnelles (perfectionnisme et besoin d'approbation) sur les résultats de participants recevant 3 thérapies différentes pour le traitement de la dépression comorbide et des problèmes de consommation d'alcool/cannabis. <b>Méthode :</b> Les participants ont été répartis au hasard dans 9 séances de TCC/MI offertes par un thérapeute, de TCC/MI offertes par ordinateur avec une brève aide du thérapeute ou de thérapie de soutien. Un suivi a été effectué à 3, 6 et 12 mois après le début de l'étude. Les analyses exploratoires des modérateurs ont examiné les changements dans la dépression, la consommation d'alcool et de cannabis au cours des périodes de suivi. <b>Résultats :</b> L'analyse a révélé qu'un score élevé pour l'initiative du client (sous-échelle d'alliance thérapeutique), était associé à une diminution de la dépression dans le temps pour les patients qui ont suivi une thérapie de soutien. Un lien thérapeutique plus forte au début du traitement pour les participants à la TCC/MI avec ordinateur a été associée à une réduction de la consommation de cannabis au fil du temps. Un score de perfectionnisme élevé au début de l'étude était associé à une augmentation de la dépression pour la TCC/MI avec thérapeute et une diminution pour la TCC/MI avec ordinateur. Un besoin d'approbation élevé est associé à une amélioration de la consommation d'alcool pour les TCC/Mi avec thérapeute. <b>Conclusion :</b> les variables sont prometteuses comme modérateurs de l'efficacité du traitement de la dépression comorbide et de la consommation d'alcool et de cannabis mais d'autres recherches sont nécessaires.</p>

INTRODUCTION	
<b>Problème de la recherche</b>	<p>Les auteurs, en s'appuyant sur leur étude précédente qui comparait la TCC/IM offerte par un thérapeute (thérapeute TCC/MI), la TTC/IM offerte par SHADE* avec l'aide d'un thérapeute (SHADE TCC/MI) et une thérapie de soutien (<i>Person-Centered Therapy</i>, PCT) parmi les personnes souffrant de dépression comorbide et de problèmes liés à la consommation d'alcool / cannabis, ont cherché à examiner l'effet de 3 variables (l'alliance thérapeutique, le perfectionnisme et le besoin d'approbation) sur les résultats du traitement dans la même population. Plus précisément si le changement continu au cours de la période de suivi pour les 3 groupes est modéré par le score de ses trois variables.</p> <p>Ces trois variables émergent de la recherche dans la littérature des auteurs. Il a été remarqué par de nombreuses études que le score de l'alliance thérapeutique attribué par le patient est prédictif de l'issue du traitement dans diverses approches thérapeutiques autant pour le traitement de la dépression que de la consommation d'alcool. De plus, dans le domaine de la TCC, le traitement est basé sur l'identification et la modification des pensées dysfonctionnelles qui caractérisent une personne et qui entraînent des sentiments de dépression. L'échelle d'attitude dysfonctionnelle (DAS) a été mise au point pour mesurer la nature et l'intensité de ces pensées. En fait, il a été démontré que deux sous-échelles du DAS ; le perfectionnisme et le besoin d'approbation influent sur l'efficacité de la TCC dispensée par un thérapeute. Cependant aucune recherche n'a fait état de ces modérateurs potentiels du traitement dans un échantillon de toxicomanes, ni de la comparaison de l'efficacité de la cybersanté par rapport aux traitements dispensés par un thérapeute.</p> <p>*Le programme SHADE (Self-Help for Alcohol/other drugs and DEpression) est une intervention en cybersanté qui combine la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), les stratégies d'entrevue motivationnelle (IM) et les techniques de pleine conscience dans un programme de traitement de 10 semaines de la dépression comorbide et des problèmes de consommation de cannabis ou d'alcool. Ce programme a été conçu par les auteurs de cette présente étude. Il a été démontré que la SHADE TCC/MI (avec l'aide d'un thérapeute) produit des résultats supérieurs pour la dépression et la consommation d'alcool/cannabis comparativement aux thérapies de soutien.</p>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Une recension des écrits a été faite afin de cibler les études sur ce sujet et de sélectionner leurs variables. Les articles de dates de 1990 à 2016. Les auteurs se basent sur leur précédente étude comme source primaire, ainsi que sur le programme SHADE.</p>



<b>Cadre de recherche</b>	Les concepts clés du perfectionnisme et du besoin d'approbation sont définis selon le DAS. Pour les autres concepts aucune définition n'est donnée, cependant la recension des écrits se base sur de nombreuses études qui nous permet de comprendre ces différents concepts.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Cet article présente une analyse exploratoire de l'impact de l'alliance thérapeutique et des attitudes dysfonctionnelles selon DAS (perfectionnisme et besoin d'approbation) sur les résultats de participants recevant trois différents types de thérapie (thérapeute TCC/MI, la SHADE TCC/MI (avec l'aide d'un thérapeute) et la PCT) pour le traitement de la dépression comorbide et des problèmes de consommation d'alcool/cannabis. Pour ceci les chercheurs ont examiné le changement continu de ses variables au cours de la période de suivi (3 à 12 mois).</p> <p>Aucune hypothèse n'est mentionnée dans cette étude. Les variables utilisées dans le but de la recherche s'accordent aux concepts mentionnés dans le cadre de recherche. Cette étude s'appuie sur des méthodologies de recherche sous-jacentes.</p>
<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>274 bénévoles qui ont déclaré des symptômes dépressifs actuels (score d'au moins 17 dans le BDI- II) et une consommation simultanée et nocive d'alcool (<math>\geq</math> quatre boissons alcoolisées de 10 g par jour pour hommes ou deux pour femmes pour le mois précédent) et/ou une consommation de cannabis (consommation hebdomadaire supérieure au mois précédent) ont été recrutés. Des critères d'exclusion sont exposés à la page 730 de l'étude.</p> <p>Aucuns moyens pour accroître l'échantillon n'est précisé et le choix de la taille de l'échantillon n'est pas justifié par les auteurs.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>Un consentement écrit et éclairé a été obtenu des participants. L'approbation éthique a été obtenue des comités d'éthique de la recherche sur les humains de Hunter New England Health, de l'Université de Newcastle, de Northern Sydney Central Coast Health et du Mid-West Area Health Service.</p> <p>Les participants ont 20 \$ AUD lors de chaque évaluation (0-3-6-12 mois).</p>
<b>Devis de recherche</b>	<p>Cette étude se base sur les données, la méthodologie ainsi que certains outils de l'étude antérieure effectuée par les auteurs.</p> <p>Toutes les évaluations qui sont largement utilisées dans les domaines de la santé mentale et de l'alcool et des autres drogues et ont été administrées par des évaluateurs formés qui n'ont pas tenu compte de la répartition des traitements à chaque évaluation.</p>

	<p>Les participants ont reçu au total 10 séances, ce qui peut être considéré comme un suffisamment de temps passer sur le terrain et auprès des participants.</p>
<p><b>Modes de collectes de données</b></p>	<p>Plusieurs outils ont été utilisés pour cette étude. Ces derniers sont clairement décrits et ont été importés, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Données démographiques de base</li> <li>▪ BDI-II (<i>Beck Depression Inventory</i>) : questionnaire d'auto-évaluation de la dépression</li> <li>▪ OTI : mesure de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool et de cannabis</li> <li>▪ DAS (<i>Dysfunctional Attitude Scale</i>) : évaluation de la vulnérabilité cognitive à la dépression</li> <li>▪ <i>Agnew-Davies Relationship Measure</i> : auto-évaluation du patient et du thérapeute de l'alliance thérapeutique. Cinq sous-échelles sont utilisées : le lien, le partenariat, la confiance, l'initiative du patient et l'ouverture.</li> </ul> <p>Les participants ont reçu les questionnaires et une enveloppe vierge. Ils les ont remplis dans la salle d'attente de la clinique de recherche. Les questionnaires remplis ont été placés à l'intérieur de l'enveloppe et déposés dans une boîte sécurisée.</p>
<p><b>Conduite de la recherche</b></p>	<p>L'étude a été menée entre janvier 2005 et décembre 2008 dans sept cliniques en milieu rural et urbain en Nouvelle-Galles du Sud, Australie.</p> <p>Les participants après la sélection initiale ont effectué une évaluation de base puis ont assisté à une première séance portant sur la dépression, la consommation d'alcool et de cannabis, la rétroaction découlant de l'évaluation et l'établissement des objectifs initiaux. À la suite de cette séance les participants ont été répartis au hasard dans 3 groupes de thérapie afin de recevoir 9 séances de : thérapeute TCC/MI, SHADE TCC/MI ou une thérapie de soutien. Les interventions ont été définies par une méthodologie décrite dans l'étude antérieure des auteurs. Tous les participants ont par la suite effectué des évaluations de suivi à 3, 6 et 12 mois.</p>
<p><b>Analyse des données</b></p>	<p>Premièrement, les statistiques descriptives et comparatives (parmi les groupes de traitement) pour les variables sociodémographiques et les variables liées au cannabis, à l'alcool et à la santé mentale ont déjà été présentées dans une étude précédente.</p> <p>Les résultats des 3 modérateurs via leur échelle spécifique étaient des mesures continues. La modélisation linéaire mixte a été utilisée pour déterminer s'il y avait un changement significatif sur 3, 6 et 12 mois dans les 3 groupes de traitement en utilisant un terme d'interaction (traitement * temps). Il est important de noter que le changement par rapport à la ligne de base n'a pas été inclus dans le modèle.</p>

	<p>L'analyse préliminaire de l'association entre le changement de l'intervalle de 3 à 12 mois a été examinée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'alliance thérapeutique en incluant une interaction à trois voies (traitement * temps * score AT pour chaque sous-échelle)</li> <li>- Le DAS en incluant une interaction à trois voies (traitement * temps * score DAS - soit total, soit les sous-échelles du perfectionnisme et du besoin d'approbation).</li> </ul> <p>Les associations n'ont été examinées plus à fond que si la valeur p de l'interaction était &lt;0,2, ce qui indique une interaction possible.</p> <p>SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) a été utilisé pour toutes les analyses.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<p><b>Présentation des résultats</b></p>	<p>Les résultats sont séparés en 4 sous-chapitres :  Premièrement une présentation des données démographiques des participants (p.731). Puis l'évolution dans le temps de l'effet du traitement, de la modulation potentielle des attitudes dysfonctionnelles et des scores des alliances thérapeutiques et du score de :</p> <p><b>La dépression</b> : l'étude antérieure des auteurs a montré une diminution des scores de dépression chez les participants au programme SHADE TCC/MI ou thérapeute TCC/MI entre l'évaluation initiale et à 3 mois par rapport au PCT. L'étude présente montre que pour la période de suivi de 3 à 12 mois les thérapies PCT et thérapeute TCC/MI ont permis une diminution du score de la dépression mais que pour la thérapie SHADE TCC/MI le score est resté stable. De plus le groupe PCT a signalé des changements plus rapides au cours de cette période le groupe thérapeute TCC/MI. Une interaction traitement * temps * initiative du client (sous-échelle TA) répond aux critères pour un examen plus approfondi (<math>p = 0,1717</math>), ainsi qu'une interaction traitement * temps * perfectionnisme (sous-échelle DAS) (<math>p = 0,076</math>). Il en ressort que pour les participants du groupe PCT, un score élevé de l'initiative du client au départ était associé à une diminution du score de la dépression au fil du temps et inversement un score faible d'initiative au départ était associé à une augmentation du score de la dépression. Pour le perfectionnisme, un effet modérateur potentiel sur la dépression a été observé pour les groupes SHADE TCC/Mi et thérapeute TCC/MI mais pas pour le groupe PCT. Les personnes ayant un score de perfectionnisme élevé au départ dans le groupe SHADE TCC/MI ont signalé une baisse de la dépression par rapport à leurs homologues ayant obtenu des scores de perfectionnisme inférieurs au départ. L'effet inverse a été observé dans le groupe des thérapeutes TCC/MI ; ceux dont le perfectionnisme était plus faible au départ ont signalé des diminutions significatives des scores de dépression avec le temps, contrairement à ceux dont le perfectionnisme était plus élevé au départ, qui ont signalé une augmentation de la dépression.</p>

**Le cannabis :** l'étude antérieure des auteurs a montré une diminution de consommation de cannabis entre le début du traitement et le suivi de trois pour les 3 groupes et aucune différence de consommation n'est présente entre les trois groupes. L'évolution du score de cannabis au fil du temps (3 à 12 mois) ne montre aucune différence dans le temps selon le groupe de traitement, d'après le critère de  $p < 0,2$ . Ce score tend à diminuer. Une interaction traitement \* temps \* lien (sous échelle de l'AT) ( $p = 0.0251$ ) a été noté pour le groupe SHADE TCC/MI. Un score élevé du lien au début du traitement est associé à une diminution de la consommation de cannabis pour la période de 3 à 12 mois, l'effet inverse est également vrai.

**L'alcool :** pour le suivi entre le début de traitement et 3 mois, l'étude antérieure des auteurs a montré une diminution plus importante de la consommation d'alcool pour les patients qui ont reçu la thérapie SHADE TCC/MI et thérapeute TCC/MI que pour la PCT, cette diminution est significativement plus important pour le groupe SHADE TCC/MI. Pour le suivi de 3 à 12 mois, la consommation d'alcool au fil du temps montre une diminution pour les participants à la TCC/MI avec thérapeute et la PCT, et inversement une augmentation de la consommation pour les patients qui ont suivi une thérapie avec SHADE TCC/MI. Une interaction traitement \* temps \* initiative du client (sous-échelle TA) a été observé ( $p = 0.1559$ ), ainsi que des interactions traitement \* temps \* perfectionnisme ( $p = 0.1018$ ) et besoin d'approbation ( $p = 0.0478$ ). L'initiative du patient a été significative que pour les patients qui ont suivi une PCT. Il a été observé que les participants qui avaient un score d'initiative faible au début du traitement ont affiché une baisse de leur consommation d'alcool au fil du temps et inversement un score élevé d'initiative était associé à une augmentation d'alcool. Seuls les patients qui ont suivi une PCT ont vu leur consommation modérée par le score du perfectionnisme, de sorte que les participants ayant obtenu des résultats plus élevés au départ ont démontré une augmentation de la consommation d'alcool durant le suivi. Le besoin d'approbation a également modéré la consommation d'alcool au cours de la période de suivi pour les groupes PCT et thérapeute TCC/MI, mais pas pour le groupe SHADE TCC/MI.

Dans le groupe du PCT, ceux qui avaient moins besoin d'une approbation au départ ont signalé une baisse de leur consommation d'alcool. Par contre, dans le groupe thérapeute TCC/IM, les participants qui avaient moins besoin d'approbation au départ, leur consommation d'alcool a augmenté, et ceux qui avaient besoin d'approbation au départ ont connu une diminution de leur consommation d'alcool.

<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>Premièrement, les auteurs ont observé dans leurs études antérieures, des changements au niveau de la dépression et de la consommation d'alcool et de cannabis entre le début du traitement et le suivi après trois mois, et ceci pour les trois groupes de traitement, avec un avantage pour les groupes SHADE et thérapeute TCC/MI par rapport au PCT pour les symptômes dépressifs et la consommation d'alcool. Ces changements se sont effectivement maintenus à long terme, mais l'attribution des traitements n'a pas permis de prévoir le taux de changement entre trois et douze mois.</p> <p>Puis les auteurs ont repris les résultats cités dans la présentation des résultats et les ont comparés à des études antérieures, ils en ont ressorti des hypothèses et des recommandations pour des recherches futures.</p> <p>Il est intéressant de noter que l'acceptabilité du traitement SHADE TCC/MI était aussi bonne que celle des deux interventions offertes par le thérapeute (TCC/MI et PCT), même dans un échantillon présentant des symptômes dépressifs et une consommation d'alcool ou d'autres drogues relativement sévères au départ.</p> <p><b>Limites :</b>          Cette étude n'a pas été suffisamment puissante pour explorer à fond les interactions supposées à un niveau statistiquement significatif. Par conséquent, les résultats doivent être interprétés avec prudence et en tenant compte de cette limitation. De plus, les analyses de modération ne fournissent pas de preuve de causalité et cherchent plutôt à qualifier la relation entre une variable dépendante (résultats primaires) et une variable indépendante (allocation de traitement).</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p><b>Recommandations des auteurs :</b>          D'autres répétitions avec des échantillons de plus grande taille ainsi que des analyses plus poussées des interactions entre le traitement, le temps et les modérateurs sont nécessaires pour renforcer les résultats de l'étude actuelle.</p> <p>Les auteurs ne sont pas en mesure de déterminer, d'après la conception de l'étude, l'impact de l'intégration du soutien des thérapeutes dans la prestation de l'intervention SHADE TCC/IM, des futures recherches devraient chercher à explorer les possibilités de traitement et des attitudes dysfonctionnelles dans les interventions de cybersanté avec moins ou pas d'aide des thérapeutes.</p> <p>Les auteurs suggèrent qu'avec l'évolution de l'ère numérique et l'acceptation croissante de la communauté en général, de devenir des agents actifs dans leurs propres soins de santé, les interventions technologiques sont très prometteuses comme outil clé pour</p>

	<p>améliorer la santé mentale et le bien-être des personnes souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie.</p> <p><b>Conclusions :</b></p> <p>Cette étude a fourni des preuves préliminaires de l'effet des modérateurs sur l'efficacité des 3 traitements pour la dépression et les problèmes d'alcool et de cannabis.</p> <p>Les résultats appuient initialement l'idée qu'en intégrant l'évaluation des attitudes dysfonctionnelles et l'évaluation des alliances thérapeutiques dès le début du traitement de la dépression comorbide et des problèmes de consommation d'alcool et de cannabis, les stratégies et modalités de traitement peuvent être mieux adaptées pour maximiser l'impact des interventions traditionnelles et de santé en ligne. Il en ressort pour les patients alcooliques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients qui sont très perfectionnistes peuvent bénéficier d'une SHADE TCC/MI dans un premier temps</li> <li>- Les patients qui ont peu besoin d'approbation peuvent bénéficier davantage d'une intervention PCT ou d'une SHADE TCC/MI.</li> </ul>
--	--

## Role preferences of patients with alcohol use disorders.

*Friedrichs, A., Silkens, A., Reimer, J., Kraus, L., Scherbaum, N., Piontek, D., ... Buchholz, A.*

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<b>Titre</b>	L'étude inclut les concepts de trouble de la consommation d'alcool, de la prise de décision partagée et de préférence de participation des patients atteints de <i>Alcohol Use Disorders</i> (AUD).
<b>Résumé</b>	Les auteurs ont mené une étude transversale afin d'étudier les préférences de rôle des patients atteints d'AUD, et d'identifier les facteurs prédictifs de ces préférences. Ils démontrent que 90% des patients ont préféré un rôle actif ou partagé contre 10% pour le rôle passif.
<b>INTRODUCTION</b>	
<b>Problème de la recherche</b>	Cette étude avait pour objectif d'évaluer les préférences en matière de rôle des patients sous traitement pour l'AUD par rapport à leur décision de traitement ultérieur et d'évaluer quelles variables étaient associées à leurs préférences de rôle.
<b>Recension des écrits</b>	Une recension des écrits dans l'introduction a permis de se rendre compte des études qui ont été menées sur le sujet, et de mettre en évidence que peu de recherches ont été menées sur la <i>Shared Decision Making</i> (SDM) et les préférences de rôles dans le traitement de l'AUD.
<b>Cadre de recherche</b>	Cette étude est un essai contrôlé randomisé comprenant une évaluation initiale à la sortie et une autre à la sortie après 6 mois de traitement.
<b>Buts et question de recherche</b>	<p>Cette étude vise à étudier les préférences de rôle des patients atteints de troubles liés à la consommation d'alcool (AUD) et d'identifier les facteurs prédictifs de ces préférences.</p> <p>Les auteurs ont défini des variables sociodémographiques (âge, sexe, éducation) et des variables cliniques (gravité de la dépendance, de la comorbidité psychiatrique, la dépression, nombre de traitement précédents, motivation pour le traitement, reconnaissance générale et spécifique du problème, désir de l'aide, préparation au traitement).</p>

<b>METHODE</b>	
<b>Population et échantillon</b>	<p>Les auteurs ont utilisé un échantillon de convenance constitué de 242 patients, l'âge moyen était de 45,16 ans, 64,9% étaient des hommes, 95.5% étaient citoyens allemands.</p> <p>Les patients devaient avoir un diagnostic principal de dépendance à l'alcool, avoir été admis dans un programme de désintoxication qualifié et avoir donné leur consentement écrit.</p>
<b>Considérations éthiques</b>	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'association médicale de Hambourg.</p> <p>Les participants ont signé un consentement éclairé et rempli un questionnaire d'auto-évaluation.</p>
<b>Devis de recherche</b>	Il s'agit d'une étude transversale, qui a duré à peu près une année.
<b>Modes de collectes de données</b>	<p>Plusieurs outils ont été utilisés :</p> <p>Le Control Preference Scale (CPS) pour les préférences en matière de prise de décision médicale.</p> <p>Le Measurements in the Addiction For Triage and Evaluation (MATE), pour l'évaluation de la dépendance. C'est un entretien semi-structuré.</p> <p>Motivation for Treatment Scale (MfT), pour la motivation des patients à l'égard du traitement.</p> <p>Des entretiens ont permis de recueillir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, y compris leur sexe, leur statut socio - économique et leur niveau d'éducation.</p>
<b>Conduite de la recherche</b>	<p>Cette étude est un essai contrôlé randomisé comprenant deux points de mesure : la sortie initiale et la sortie après six mois de traitement.</p> <p>Seules les données de base ont été analysées.</p> <p>La collecte de données a eu lieu entre juin 2013 et mai 2014 dans les services de quatre cliniques psychiatriques allemandes.</p> <p>Les patients devaient avoir un diagnostic principal de dépendance à l'alcool, avoir été admis dans un programme de désintoxication qualifié et avoir donné leur consentement écrit.</p>



<b>Analyse des données</b>	<p>Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants ont été évaluées à l'aide de statistiques descriptives.</p> <p>L'association entre les variables sociodémographiques et cliniques des patients et leurs préférences de rôle a été analysée à l'aide d'une régression logistique multinomiale.</p> <p>L'analyse des données a été réalisée à l'aide de SPSS 21.</p>
<b>RESULTATS</b>	
<b>Présentation des résultats</b>	<p>Les auteurs présentent les résultats sous forme de tableaux et de textes narratifs.</p> <p>121 patients (50%) ont préféré une prise de décision informée et 96 patients (39,7%) ont préféré une prise de décision partagée, et 25 patients (10,3) souhaitaient que le clinicien décide de leur traitement ultérieur.</p> <p>Pour ce qui est des facteurs influençant les préférences de rôle des patients (AUD), à mesure que le désir d'aide des patients augmentait, ils avaient tendance à préférer la prise de décision partagée. En outre, si l'état de préparation des patients au traitement augmentait, la préférence allait à la prise de décision partagée plutôt que paternaliste.</p> <p>L'opposition entre la prise de décision paternaliste et informée à une prise de décision partagée démontre que les patients qui désiraient davantage obtenir de l'aide préféraient prendre des décisions paternalistes et ceux qui étaient plus prêts pour le traitement préféraient les décisions partagées.</p>
<b>DISCUSSION</b>	
<b>Interprétations des résultats</b>	<p>90% des patients préféraient jouer un rôle actif dans la prise de décision : ils préféraient prendre les décisions concernant leur traitement soit seul, soit avec leur clinicien. Cette étude démontre que les cliniciens doivent toujours demander à leurs patients quelles sont leurs préférences de rôle, par exemple si un traitement est nécessaire et, le cas échéant, si un traitement hospitalier ou ambulatoire est la meilleure option.</p> <p>Les études antérieures démontrent que, 25% préféraient la prise de décision en matière de traitement passif et 52% des individus de la population générale préféraient prendre des décisions paternalistes. Cependant, 55% à 65% des patients présentant un trouble psychologique autre qu'un AUD ont préféré les SDM, et seulement 5% à 7% d'entre eux ont préféré une prise de décision paternaliste.</p>

	<p>D'autres recherches ont montré qu'être plus motivés pour le traitement conduit à la fois à rester en traitement plus longtemps et à une consommation d'alcool moindre après une intervention de motivation. Par contre, un manque de motivation pour le traitement a eu des résultats négatifs, tels qu'une rechute ou un abandon du traitement.</p> <p>Ils suggèrent que les études futures échantillonnent une population de participants plus large et plus diversifiée, d'utiliser des instruments précis, porter sur la relation entre la préférence de rôle et les résultats de traitements.</p> <p>Les patients impliqués apprendraient sur les options de traitements, réduiraient leur consommation d'alcool et la gravité de leur dépendance.</p> <p><b>Plusieurs limites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La <i>Control Preference Scale</i> (CPS) évalue de manière générale les préférences de rôle et non spécifiquement au traitement.</li> <li>- L'étude est menée avec un échantillon de convenance</li> <li>- Les patients ont été évalués une seule fois sachant que les préférences peuvent varier d'un moment à l'autre.</li> <li>- L'étude est transversale par conséquent, les associations ne doivent pas être considérées comme une cause à effet</li> </ul>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Les résultats suggèrent que lorsque les patients sont prêts pour le traitement, ils sont plus susceptibles de choisir la prise de décision partagée. En revanche, lorsqu'ils ne sont pas encore prêts pour le traitement, ils préfèrent que le clinicien prenne les décisions concernant leur traitement de manière autonome. Dans ce cas, le clinicien pourrait utiliser un entretien de motivation pour renforcer la motivation du patient à changer.</p> <p>Les recherches futures devraient aussi évaluer d'autres prédictors potentiels tels que la durée de la maladie, la personnalité du patient ou l'acceptation de la maladie par le patient.</p> <p>La découverte selon laquelle les patients préfèrent être impliqués dans la prise de décision met l'accent sur la pertinence de l'implication du patient, qui est à son tour pertinente pour la médecine fondée sur des preuves.</p>