

Travail de Bachelor

Intervention chez les personnes alcoolodépendantes en échec de sevrage : la consommation contrôlée

DIRECTEUR DU TRAVAIL DE BACHELOR, MADAME CATHERINE
LAMBELET

Elise Golay & Océane Boscarino
HAUTE ÉCOLE ARC SANTÉ NEUCHÂTEL | JUILLET 2018

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Table des matières

Résumé.....	iii
Problématique.....	iv
Concepts abordés et cadre théorique	iv
Méthode	v
Résultats et discussion	v
Conclusion.....	vi
Mots clés	vi
Remerciements	vii
1. Introduction.....	9
2. Problématique.....	12
Emergence de la question initiale.....	13
Regard des auteures de ce travail sur les substances	14
Quelques chiffres	16
Pertinence pour les soins infirmiers et ancrage disciplinaire.....	17
Concepts du métaparadigme infirmier	17
Modes de savoirs	20
Le savoir éthique	21
Le savoir personnel.....	22
Le savoir esthétique	23
Le savoir empirique	24
Revue exploratoire.....	25
Drogues	26
La politique de contrôle	27
Le modèle des quatre piliers	30
Le modèle du cube.....	33
Qu'en est-il de l'alcool ?.....	34
Concepts retenus comme pertinents.	38
Perspectives et propositions pour la pratique.....	40
3. Concepts et champ disciplinaire infirmier	43
Définition des concepts retenus	44
Qu'est-ce que l'alcoolodépendance ?	44
Dépendance, addiction, quelle différence ?	46
Neurobiologie, le rôle des neurotransmetteurs	48
Le sevrage.....	50
La consommation contrôlée	52

La qualité de vie	55
Cadre théorique	57
Theory of Meaning, Patricia L. Starck	58
Concepts	59
<i>But de la vie.....</i>	<i>60</i>
<i>La liberté de choisir</i>	<i>61</i>
<i>La souffrance humaine.....</i>	<i>62</i>
Utilisation de la théorie dans la pratique	63
<i>Déréflexion.....</i>	<i>64</i>
<i>Intention paradoxale</i>	<i>64</i>
<i>Dialogue socratique.....</i>	<i>65</i>
Lien avec la question de recherche.....	66
4. Méthode	70
Méthode PICOT	71
La question de recherche, une question de type intervention	72
La démarche de sélection des articles	73
La requête de recherche selon les descripteurs correspondants aux bases de données	75
Stratégie de sélection des articles	78
5. Synthèse des résultats et discussion	81
Synthèse des résultats des articles	82
La consommation contrôlée, vision des auteurs.	82
La qualité de vie et l'alcoolodépendance	84
Les déterminants de la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes, les échelles de mesure	86
Rôle infirmier, la formation et le dépistage.....	89
Développement des résultats	90
Propositions pour la pratique	91
6. Conclusion.....	94
Éléments facilitants et contraignants.....	95
Les limites	95
Perspectives pour la recherche.....	96
7. Références	98

8. Appendices	106
Appendice A : Tableau des MesH	107
Appendice B : AQoLS	108
Appendice C : Questionnaire AUDIT	111
Appendice D : Grille de Fortin (2010)	113
Article 1 :	116
Article 2 :	119
Article 3 :	123
Article 4 :	128
Article 5 :	131
Article 6 :	135
Article 7 :	140
Article 8 :	142
Article 9 :	145
Article 10 :	149
Article 11 :	152

Résumé

Problématique

La problématique permet d'avoir une vue d'ensemble historique de la politique des drogues en Suisse. La recension des écrits permet de suivre l'évolution de la vision de la société en lien avec l'alcool. Ainsi, la place de l'alcool est définie au travers d'un historique, plus précisément depuis le début du XX^{ème}. Elle passe également en revue les problèmes de santé publique liés aux substances illicites et licites tels que l'alcool.

Les problèmes liés à la drogue et la manière de les aborder sont présentés au travers du modèle multidimensionnel des quatre piliers selon Savary (2007). Puis, la politique suisse en matière de l'alcool, le tabac et les dépendances comportementales, afin de compléter l'ancien modèle pour créer le modèle du cube.

Afin d'être cohérente avec le sujet de la discipline et d'identifier les axes de la connaissance et du développement, la discipline infirmière est présentée via des métaparadigmes infirmiers selon Fawcett (2005) ainsi que des modes de savoir selon Carper (1978).

Pour terminer ce chapitre, des perspectives et des propositions pour la pratique infirmière sont soumis.

Concepts abordés et cadre théorique

Les concepts sont le vocabulaire spécifique de la discipline infirmière, ils permettent de nommer les activités et les événements importants. Ils jouent un rôle essentiel dans le développement du savoir scientifique. Ce chapitre

comprend les thèmes suivants : l'alcoolodépendance, la différence entre dépendance et addiction, la neurobiologie, le sevrage, la consommation contrôlée et la qualité de vie.

Un cadre théorique, la théorie du sens de Patricia L. Stark (Smith & Liehr, 2013), a été choisi par les auteures afin d'amener une nouvelle vision sur la problématique traitée.

Méthode

La question PICOT (Centre Cochrane français, 2011) a servi à structurer la question de recherche : « Quels sont les effets d'une intervention thérapeutique de type consommation contrôlée d'alcool sur la qualité de vie des personnes adultes alcoolodépendantes en échec de sevrage ? » Cette méthode a permis de sélectionner douze articles scientifiques qui ont ensuite été analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010).

Résultats et discussion

La synthèse des articles présente les principaux éléments retirés des articles scientifiques et permet de répondre à la question de recherche. Elle a permis de démontrer les bénéfices de l'intervention de la consommation contrôlée en tant que moyen thérapeutique de réduction des risques, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes.

Des propositions pour la pratique sont mises en avant en lien avec la théorie du sens.

Conclusion

Les éléments facilitant et contraignant, ainsi que les limites de ce travail de Bachelor sont exposés. Des perspectives pour les recherches futures ont été proposées.

Mots clés

Alcoolodépendance, consommation contrôlée/contrôle, sevrage et qualité de vie.

Alcoholism, controlled drinking/managed alcohol/control, weaning and quality of life.

Remerciements

Pendant toute la durée de l'élaboration de ce travail de Bachelor, les auteures ont apprécié les conseils, le soutien, l'aide qui leur a été apportée par de nombreuses personnes. C'est pourquoi les auteures tiennent à les remercier.

Tout d'abord, les auteures remercient Madame Catherine LAMBLET, directrice de ce travail de Bachelor, pour son encadrement. Elle a guidé les auteures non seulement sur la démarche à suivre, mais également sur le contenu du travail au travers des corrections. Les auteures la remercient ainsi que Madame Anne-Lise GUYE pour leurs compétences de médiatrices durant les moments qui le nécessitaient.

Mesdames Irène BURDET et Anne CUENAT, bibliothécaires, ont apporté leur contribution au travers de la recherche d'ouvrages et d'articles, c'est pourquoi les auteures les remercient également.

Tout au long de leur formation, les auteures, ont bénéficié d'un enseignement approprié et complet sur la recherche scientifique, ainsi que des cours traitant de la thématique de la dépendance. Pour cette raison, elles remercient les enseignants de la Haute Ecole ARC Santé, de Neuchâtel.

Les auteures sont reconnaissantes vis-à-vis de leurs familles et amis pour leur soutien moral et leurs encouragements. Leur contribution a été appréciée pour la relecture, les corrections et l'utilisation du programme de traitement de texte.

Afin de clôturer ces remerciements, les auteures remercient les ateliers Olbis, de la Fondation Les Oliviers de Lausanne, pour l'impression et la

reliure de ce travail de Bachelor. Ces ateliers sont destinés à toute personne qui se sent en difficulté avec sa consommation d'alcool et/ou d'autres produits.

1. Introduction

Ce travail de Bachelor est élaboré sous la forme d'une revue de littérature, structurée de la manière suivante :

La problématique présente une vue d'ensemble des différentes thématiques liées aux substances, ainsi elles sont reliées à la discipline infirmière au travers du métaparadigme (Fawcett, 2005) et des savoirs infirmiers (Carper, 1978).

Dans l'intention de clarifier le vocabulaire spécifique de la discipline infirmière, les concepts retenus sont définis selon divers auteurs. La théorie infirmière du sens de Patricia L. Stark (Smith & Liehr, 2013) est mise en lien avec la problématique de l'alcoolodépendance et du positionnement infirmier.

La méthodologie est précisément décrite dans le but d'obtenir des données probantes issues de la recherche. La méthode PICOT aide à la formulation de la question de recherche, ce qui permet d'identifier et de sélectionner les articles scientifiques les plus pertinents. Puis, ils sont analysés grâce à la grille de Fortin (2010), guide d'analyse d'articles scientifiques.

Les données les plus pertinentes pour répondre à la question PICOT, « Quels sont les effets d'une intervention thérapeutique de type consommation contrôlée d'alcool sur la qualité de vie des personnes adultes alcoolodépendantes en échecs de sevrage ? », les spécialistes sont synthétisés et les recommandations pour la pratique sont exposées.

Dans le chapitre de la conclusion, les auteures ont détaillé les limites, les éléments contraignant et facilitant de ce travail de Bachelor, de même que les perspectives de recherches futures.

2. Problématique

Emergence de la question initiale

La thématique de la consommation de substances et des traitements a retenu l'attention des auteures du présent travail. En effet, lors de leurs périodes de formation pratique, elles ont observé des situations dans lesquelles le patient dépendant d'une substance n'a pas été pris en charge de manière optimale. Elles ont également pu se rendre compte que le patient est souvent victime de jugement de la part des soignants, en soins aigus et dans des services de psychiatrie. Elles ont entendu certains soignants émettre l'idée que le patient dépendant en échec de sevrage, ne peut pas persévérer dans l'abstinence, faute d'effort et de motivation. De plus, les soignants rencontrés ne proposaient qu'une seule réponse face à la dépendance, c'est-à-dire le sevrage, puis l'abstinence à vie. Cependant, selon les observations des auteures, une partie de la population consomme des produits licites ou illicites sans pour autant tomber dans la spirale de la dépendance, parfois en ayant des périodes à forte consommation, entrecoupées de périodes à plus faible consommation. C'est pourquoi le thème de la consommation contrôlée a suscité leur intérêt en les amenant à s'interroger. Quels sont les éléments qui permettent à certaines personnes de ne pas tomber dans une consommation ayant des répercussions sur les différentes sphères de leur vie ? Quel impact la consommation contrôlée en termes d'intervention peut-elle avoir sur la qualité de vie des personnes dépendantes ? Est-il possible de passer d'une consommation addictive à une consommation récréative ? La consommation contrôlée enseignée dans

certain services est-elle une pratique qui se généralise ou reste-t-elle marginale ?

Selon la thématique de départ « Comment gérer la consommation contrôlée de substances pour des personnes présentant des conduites addictives en structures d'accueil et les répercussions sur la relation soignante ? », les auteures ont souhaité avoir une vision d'ensemble des différents concepts existants. Pour ce faire, elles ont largement investigué les concepts qui leur semblaient les plus pertinents soit, l'addiction et les conduites addictives, les différentes substances et la consommation contrôlée.

Un interview avec une spécialiste des questions d'addictologie du canton de Vaud, a permis aux auteures de mettre en évidence les thématiques de la problématique qu'il était important de développer, afin de ne pas passer à côté d'éléments essentiels.

Regard des auteures de ce travail sur les substances

La consommation de substances est encore considérée comme un sujet tabou dans notre société occidentale. En effet, le fait d'apprécier les effets d'une substance sur le corps, qu'elle soit stimulante ou apaisante est un concept qui relève de l'intime, donc de la sphère privée. Les consommateurs de substances illicites sont stigmatisés et perçus de manière négative. Ils sont tenus pour unique responsable de leur consommation. En ce sens, Fontaine (2006) admet que l'imaginaire collectif associe la consommation de

drogues illégales au personnage du délinquant, du junky, du malade ou encore du jeune marginal. Contrairement à cela, les consommateurs de substances licites sont mieux acceptés dans la communauté. Comme le disent Claudine Gillet et Philippe Mossé (2009, p.14) « les comportements d'alcoolisation font parfois l'objet d'une "tolérance" dont ne bénéficie pas les autres addictions ». Cependant, les substances telles que l'alcool et le tabac sont tout autant addictogènes et nocives pour la santé que certaines drogues illicites. Les méfaits notamment de l'alcool ont une influence bien connue et néfaste sur la santé. Ils peuvent engendrer des violences domestiques et des accidents de la route.

(Stop-alcool, 2017) C'est au cours du XVIIIème siècle que les spécialistes des questions de dépendance ont commencé à considérer les addictions non pas comme un manque de bonne volonté ou une absence de morale religieuse, mais comme une maladie nécessitant des soins. Les préjugés ont commencé à changer lentement dans les milieux professionnels, mais ils restent ancré dans la pensée populaire (Fontaine, 2006). Selon les experts, la consommation de substances n'est ni un manque de volonté, ni un vice, mais une maladie du cerveau qui dépasse un problème comportemental. Ce positionnement est d'ailleurs reconnu par l'Organisation mondiale de la Santé (Lenoir & Noble, 2016).

Sophie Le Garrec (2002) nous incite à considérer la consommation dans son contexte et dans la trajectoire de vie du consommateur. Ainsi, le rapport

entre l'individu et le temps engage deux processus sociologiques essentiels : la construction identitaire et la socialisation. Les valeurs de réussite que sont le pouvoir, la performance et l'autonomie sociale sont perçue comme un stress intense par les jeunes. Ainsi, les dépendances aux substances ont apporté, souvent lors de l'adolescence, une réponse en termes de résultat face aux difficultés. Complétant cette idée, les écrits de Dessez et de De La Vaissière (2007, p.22) précisent que « les conduites à risques ont leur origine dans l'abandon, l'indifférence familiale, mais aussi à l'inverse dans la surprotection, notamment maternelle ». Les auteures de ce travail se sont intéressées à la consommation de substances qui fait partie des conduites à risques.

Quelques chiffres

Les statistiques régulièrement effectuées par Addiction Suisse permettent de réunir des éléments quantitatifs sur la consommation de produits psychotropes. Elles peuvent se faire au travers de questionnaires soumis à la population. Cependant, ces enquêtes comportent une marge d'erreur, les personnes interrogées n'étant pas toujours transparentes. Une autre méthode d'évaluation de la consommation s'intéresse à l'étude des eaux usées. Ce procédé permet de cerner les niveaux de consommation au jour le jour. Il met en évidence des pratiques liées à certaines drogues se concentrant sur les week-ends, comme par exemple l'ecstasy et la cocaïne

(Gmel, Notari & Gmel, 2018 ; Marmet, Archimi, Windlin & Delgrande Jordan, 2015).

Les statistiques nationales s'intéressent à déterminer le pourcentage de la population de plus de 15 ans en lien avec le type de consommation. Les indicateurs retenus sont le nombre de prises du produit au cours de la vie, de la dernière année, de derniers mois et quotidiennement. Les auteures posent comme hypothèse que les personnes faisant partie du groupe ayant consommé de manière sporadique des produits pourraient être considérés comme ayant un contrôle spontané sur leur consommation contrairement à ceux qui consomment quotidiennement. 3.1% de la population dit avoir consommé du cannabis dans le dernier mois. 0.1% de la cocaïne et moins de 0,1% des amphétamines. L'alcool est le produit le plus consommé, 85,9% de la population suisse âgée de 15 ans et plus en consomme. Si l'on soustrait à ce chiffre les 4,3 % ayant une consommation chronique à risque, on peut objectivement considérer que 81.6% de la population suisse consomme de l'alcool selon un schéma non problématique. (Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la santé publique, 2016).

Pertinence pour les soins infirmiers et ancrage disciplinaire

Concepts du métaparadigme infirmier

« Le métaparadigme fait référence à la manière dont les phénomènes qui concernent les soins infirmiers sont structurés et organisés » (Fawcett, 1984, p.84).

La frontière qui est imposée par les concepts et les propositions des métaparadigmes aide les membres de la discipline à identifier les axes de la connaissance du développement de leurs activités et d'avoir l'assurance que ce qu'ils font est cohérent avec le sujet de la discipline. (Fawcett, 2005, p.5).

Les métaparadigmes sont définis selon 4 concepts : l'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers.

Le métaparadigme de l'être humain considère que l'individu est reconnu dans une culture, dans une famille et dans une communauté.

Le métaparadigme de l'environnement prend en compte tout ce qui entoure physiquement la personne. Il englobe également la culture, les conditions économiques, politiques et sociales.

Le métaparadigme de la santé réfère aux processus de vie et de mort.

Le métaparadigme des soins infirmiers renvoie à toutes les actions infirmières avec l'être humain. C'est un processus mutuel entre le participant aux soins et l'infirmière. Le processus englobe l'analyse, la planification, l'intervention et l'évaluation.

Les propositions selon Fawcett :

L'être humain et la santé : « La discipline infirmière se soucie des modèles et des lois qui régissent les processus de la vie et de la mort » (Fawcett, 2005, P.6). Cette proposition considère que la personne consommatrice de drogue s'inscrit dans un contexte familial et communautaire. Les valeurs de santé physique et psychique qu'elle a pu recevoir ont été influencées par l'entourage de la personne.

L'être humain et l'environnement : « La discipline infirmière se soucie des modèles et des expériences humaines de santé dans leur environnement et leur contexte » (Fawcett, 2005, p.6). Les expériences ou situations de santé sont influencées par les expériences passées. Si une personne effectue un deuxième sevrage et que les réponses qu'elle reçoit des soignants ne lui apportent pas ce dont elle a besoin, elle sera mise une fois de plus en situation d'échec et pourra perdre espoir. Les soins qui sont mis à la disposition du patient dépendent de ce que l'individu veut ou peut faire pour lui-même, mais également du système politique, économique et social dans lequel il s'inscrit. Les différentes institutions et les programmes proposés découlent des volontés publiques et de la culture dans laquelle nous évoluons.

Les soins infirmiers et la santé : « La discipline infirmière se soucie des actions ou des démarches qui sont bénéfiques aux êtres humains » (Fawcett, 2005, p.6). Un processus lie l'infirmière et le participant aux soins. L'infirmière est présente pour analyser la situation et apporter un éclairage nouveau. Elle va, avec les êtres humains, planifier des objectifs qui vont leur être bénéfiques selon des besoins individuels. Si le patient ne souhaite pas arrêter complètement sa consommation de drogue, l'infirmière doit lui proposer un objectif à sa portée, qui puisse l'aider à évoluer et à faire évoluer sa santé physique et psychique. Elle l'accompagnera dans les interventions et l'aidera à évaluer les bénéfices du processus de soins.

L'être humain, l'environnement et la santé : « La discipline infirmière se soucie des processus de la vie et de la mort et reconnaît que les êtres humains sont en relation continue avec leur environnement » (Fawcett, 2005, p.6). L'infirmière considère l'être humain dans ses processus physiologiques et psychologiques. Le patient est dépendant d'une substance dans son cerveau et au niveau de ses neurotransmetteurs. L'infirmière tiendra compte des relations continues que le patient entretient avec son environnement, car il est également intégré dans un système sociétal, dans une communauté.

Modes de savoirs

Le développement de modèles conceptuels en soins infirmiers fut la première étape de la construction des savoirs infirmiers. Les théoriciennes avaient pour but d'exposer leur vision des soins infirmiers, affirmant ainsi cette discipline dans le champ scientifique et académique aux Etats-Unis. Cependant, à cette période, la plupart des théories resteront, à un degré d'abstraction élevé : philosophies de soins infirmiers et modèles conceptuels.

En 1964, Donaldson & Crowley ont vu la nécessité de singulariser les soins infirmiers vis-à-vis des autres champs disciplinaires. Ces auteures avaient insisté sur l'identification de la syntaxe et de la structure de la discipline infirmière. La notion de syntaxe rapportant aux méthodologies employées pour générer la structure, se référant elle-même au contenu.

L' « American Nurses Association » apportera, en 1965, un soutien considérable à la profession en définissant l'élaboration de théories comme un objectif national. Suite à cela, Carper œuvrera pour une analyse qui aboutira à l'identification de la nature des savoirs mobilisés au cœur de la pratique des soins infirmiers. Cela l'amènera, en 1978, à proposer une catégorisation des savoirs infirmiers composée de quatre savoirs : le savoir éthique, le savoir personnel, le savoir esthétique et le savoir empirique. (Debout, 2008).

Le savoir éthique

« Les soins infirmiers sont une profession qui nécessite des connaissances éthiques afin de guider la pratique » (Chinn & Kramer, 2011, p.89).

Selon Carper (1978), l'éthique et la morale sont intimement liées, ainsi les notions de bien et de mal font directement parties de ce concept. L'orientation du choix des patients est une préoccupation importante de l'infirmière, elle s'inspire des connaissances du professionnel de santé, de ses croyances et s'affirme ainsi dans le respect de la personne. Le code moral qui guide la conduite éthique des infirmières repose sur les concepts du service à la personne et du respect de la vie humaine. Dans l'éthique, l'infirmière a comme tâches les relations sociales, la conservation de la vie, l'atténuation de la souffrance et la promotion de la santé.

Afin d'être en adéquation avec le savoir éthique, l'infirmière dispose d'outils d'analyse de situations pratiques. Cependant, le questionnement éthique naît en l'infirmière lorsqu'elle se trouve face aux questionnements dont l'ambivalence est un frein à une réponse rapide. L'éthique prend une place non négligeable dans des thématiques telles que, les addictions et la consommation contrôlée. Certaines questions éthiques s'imposent aux auteures. Comment aider le consommateur à améliorer sa santé sans pour autant lui imposer des objectifs qui n'émanent pas de lui ?

Le savoir personnel

Comme le dit Carper (1978, p.27) : « Le savoir personnel est un pattern fondamental du savoir infirmier et il est le plus problématique, le plus difficile à maîtriser et à enseigner ». Selon Chinn et Kramer (2011), chaque individu apprend à se connaître au travers des relations interpersonnelles et c'est pourquoi nous changeons constamment. Les relations avec les autres façonnent le processus de connaissance de soi-même en référence au concept de savoir personnel. Or, la relation est également renforcée lorsque l'on donne de l'attention aux autres. « Notre propre connaissance personnelle cultive notre intégrité et celle des autres » (Chinn & Kramer 2011, p.109). En effet, c'est le modèle le plus essentiel pour comprendre le sens de la santé et le bien-être de la personne.

Le savoir personnel s'acquiert avec l'expérience et la maturité. Il invite à se connaître soi-même afin de faire bénéficier à la relation d'un certain recul

et qu'elle ne soit pas influencée par nos jugements, nos valeurs personnelles. Un soignant qui s'occupe de personnes souffrant d'addiction doit connaître et reconnaître son positionnement face aux substances, à la détresse psychologique et la souffrance. La connaissance de soi permet de se positionner avec empathie et de tendre vers une compréhension du bien-être de l'autre ainsi que vers sa propre vision de sa santé.

Le savoir esthétique

Selon Carper (1978), le savoir esthétique est présenté comme étant une compréhension profonde du sens d'une situation.

Chinn et Kramer (2011) croient que chaque situation est totalement unique et ne sera jamais reproduite à l'identique, elle ne peut être comprise et gérée que sur le moment. L'infirmière transforme l'expérience en ce qui n'est pas encore réel mais envisagé comme possible. Cet exercice fait appel aux ressources créatives de l'infirmière. Le concept du savoir esthétique se penche sur la signification profonde et conduit à une plus grande considération des conditions, des situations, et des expériences dans les soins infirmiers.

Bien que le soignant agisse de façon artistique, il ne pourra jamais expliquer complètement ce qu'il a fait. Les notions d'empathie, d'intuition, d'ingéniosité, de créativité favorisent la relation d'aide et de confiance qui est en constant développement. Elles contribuent également à reconnaître les besoins de l'individu et à soutenir la personne dans une étape de sa vie.

Chinn et Kramer (2011) soutiennent que les habiletés liées à la pensée rationnelle, au jugement clinique et aux habiletés techniques prennent nécessairement appui sur le savoir esthétique.

Le savoir esthétique fait appel aux ressources créatives, à la spontanéité et à l'ouverture d'esprit. Il invite à entrer dans le monde de l'autre pour comprendre ce qu'il vit, là où il se trouve et ainsi reconnaître ses besoins pour l'aider.

Pour sortir du postulat dominant du XX^{ème} siècle, proposant le sevrage comme seule réponse de soin, les auteures considèrent que les initiateurs de la théorie de la consommation contrôlée ont fait appel au savoir esthétique. Ils se sont intégrés dans une compréhension profonde du consommateur de substances.

Le savoir empirique

Barbara Carper (1978) pense que la connaissance doit être organisée sous forme de lois et de théories générales dans le but de pouvoir décrire, exprimer et prédire des phénomènes de préoccupations sociales et physiologiques dans la discipline des soins infirmiers. Il existe différents modèles théoriques issus de la recherche et de démarches scientifiques. Ils aident à fournir des explications, permettent de prédire et de contrôler des phénomènes observés. La recherche vise à déterminer des réponses comportementales à la fois physiologiques et psychologiques qui permettent

d'identifier et catégoriser les facteurs étiologiques qui influencent les différentes altérations de la santé.

Le savoir empirique s'acquiert (non seulement) au cours de la formation, et se développe tout au long de notre parcours professionnel. Il nécessite de la part de l'infirmière une constante remise en question, une bonne observation clinique, ainsi que l'actualisation des connaissances par l'exploration d'études. En effet, les résultats des recherches changent car le comportement humain n'est pas statique. C'est pourquoi le savoir empirique est indispensable à la discipline infirmière.

Ce travail s'appuie sur le savoir empirique et a pour but d'apprendre aux auteures à le mobiliser. Ainsi, dans leur pratique future, les auteures auront appris à se remettre en question et à explorer des études afin d'évoluer. Le chapitre suivant se concentre sur la stratégie de recherche qui permettra aux auteures de répondre aux questions en lien avec la consommation contrôlée, qui n'ont pas été élucidées jusqu'ici.

Revue exploratoire

Pour commencer ce chapitre, il a paru important aux auteures de préciser (Morel, Couteron & Fouilland, 2010, p.10) qu'« il n'existe pas de société sans drogue. Toutes ont développé des usages de substances psychoactives dans trois directions : l'usage thérapeutique, l'usage de socialisation et l'usage hédonique ».

Drogues

Selon Addiction Suisse, substance et addiction, Qu'est-ce qu'une drogue ?

...On appelle "drogue" toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. De plus, une drogue est un produit susceptible d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique.

Afin de bien comprendre le contexte dans lequel s'inscrit ce travail de Bachelor, l'évolution de la politique suisse en matière de drogues depuis le début du XX^{ème} siècle est présenté. Selon Doudet (2000), c'est à cette époque que le regard sur la consommation de drogue change. Les Etats-Unis ont été les pionniers en matière de lutte contre le trafic international de drogues, en se dotant des premières législations qui en prohibent le commerce, l'assimilant à un crime (Chavagneux, 2004). La première Commission internationale de l'opium s'est tenue en 1909, à Shanghai. Certains produits sont alors devenus illégaux.

En Suisse, entre 1912 et 1948, divers accords et conventions internationaux ont été ratifiés. Ils concernaient l'opium, les stupéfiants, la fabrication et la distribution des stupéfiants, la répression du trafic illicite ainsi qu'un protocole sur les stupéfiants synthétiques.

La politique drogue suisse a été composée de trois modèles successifs (La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités (2006) Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne). La première, datant de 1925, constitue une politique de contrôle. La seconde, dès 1951,

se concentre sur une politique de soins et socio-éducative et la troisième, dès 1979, est complétée par la politique de réduction des risques.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités (2006) Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne) En outre des trois dernières, une quatrième politique a fait débat, mais n'a jamais abouti. Cette politique considérait que les drogues faisaient partie intégrante de notre histoire et sa posture était la suivante : une consommation légalisée permettrait de minimiser les usages nocifs. Ainsi, le marché serait régulé par l'Etat qui serait également responsable de développer un cadre de protection des mineurs et d'information aux consommateurs.

La politique de contrôle

(Cesoni & Robert, 1993). La loi du 2 octobre 1924 concernait la répression de la détention de drogue et principalement son commerce, mais n'en punissait pas l'usage. Le fondement juridique de cette législation avait pour objectif la lutte contre les maladies transmissibles, considérant que l'intimidation pousserait le toxicomane vers l'abstinence. L'usager de drogues est alors déjà considéré comme malade et toutefois soumis à la même sanction que celle réservée aux délinquants. Aucun traitement, aucune aide ne lui sont proposées.

(Cesoni & Robert, 1993) En 1951, la Loi fédérale sur les stupéfiants a été mise en place, la LStup. Elle concernait les opiacés, la feuille de coca et le cannabis. Elle avait pour objectif d'interdire la culture, la fabrication, le

commerce et l'acquisition de ces différentes substances. La consommation elle-même n'était toujours pas réprimée.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités, 2006) Dès les années 1960, le trafic et la consommation de cannabis, du LSD et des amphétamines ont rencontré une hausse significative. En réponse, l'Office national pour la répression du trafic a été mis en place.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités, 2006) La consommation d'héroïne a nettement augmenté dans les années 1970. C'est à ce moment que des centres de traitement résidentiels spécialisés pour toxicomanes voient le jour. Ils sont accompagnés par un traitement pharmacologique et la méthadone est introduite. Cet apport médicamenteux a rapidement fait ses preuves, particulièrement en termes de réduction des risques et de diminution de la délinquance.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités, 2006) En 1974, la loi sur les stupéfiants fait l'objet d'une révision afin de renforcer la lutte contre le trafic. Il s'agit de la politique des soins et la politique socio-éducative.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités, 2006) Cette politique, née parallèlement à la LStup de 1975, correspond au second des trois modèles successifs. Elle s'appuie sur l'idée que plutôt que d'être sanctionné, le toxicomane doit être considéré comme un malade et par conséquent soumis à un traitement médical. Elle comprend de nouveaux alinéas qui mettent en avant la prescription d'un traitement médical et des

mesures d'assistance pour les personnes en situation d'abus de stupéfiants. La réinsertion est favorisée. Les soins peuvent remplacer la poursuite pénale. Ainsi la politique de prévention fait un pas en avant en exigeant des cantons de créer des institutions à cet effet.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités, 2006) L'initiative populaire « Jeunesse sans drogue » datant de 1997 invite la Confédération à soutenir l'application des mesures visant à assurer le sevrage physique, la désintoxication durable et la réinsertion des toxicomanes. Elle mène une politique de prévention active en s'opposant à toute consommation de stupéfiant. Elle est rejetée par le peuple à plus de 70% des voix.

La politique de réduction des risques de 1979.

(La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités, 2006) La politique de réduction des risques vise à réduire certains problèmes associés à la drogue au sein de la société. Elle a pour objectif de faire baisser le seuil d'accessibilité aux soins et à l'aide, en développant des interventions adaptées aux ressources et aux besoins des consommateurs. Des centres de type « Bas seuil » sont créés.

Ceci rejoint l'idée émise par Morel, Couteron et Fouilland (2010, p.9).

...les actions de réduction des risques vont démontrer, notamment face aux problèmes du sida et des hépatites : si on leur en donne les moyens et si on leur en reconnaît les capacités, les usagers même dépendants peuvent diminuer les risques qu'ils prennent ou qu'ils font prendre aux autres. Soigner ou aider les usagers ne peut en aucune façon se résumer à les conduire au sevrage et à l'abstinence. Il existe une gamme de possibilités diverses.

Les acteurs de ce troisième modèle rejoignent les idées du quatrième en émettant l'observation que la pénalisation de la consommation a des effets négatifs sur les consommateurs, car elle les marginalise. Soulet (2002, p.12) affirme en ce sens: « L'illégalité de la consommation fait de ces personnes une population cachée, donc difficilement atteignable ».

(Ochenbeng, 2014) Vers le début des années 1980, la consommation d'héroïne poursuit sa hausse. Cet état de fait mène à des interrogations quant à une éventuelle possibilité de prescrire le produit lui-même, soit l'héroïne aux héroïnomanes avérés. A Zürich, un premier local d'injection sauvage est créé. Cependant, il faudra attendre 1994 pour que les premières prescriptions voient le jour.

(Savary, 2007). C'est au milieu des années 1980 que le local d'injection de Berne est fondé. Conjointement, la distribution de seringues à large échelle est appliquée à Zürich et Bâle.

Le modèle des quatre piliers

Voici le modèle des quatre piliers selon Savary (2007) ainsi que l'Office fédéral de la santé publique (2016). Ce modèle a été développé sur le terrain par des professionnels afin de résoudre des problèmes socio-sanitaires, d'avoir une certaine protection de la santé publique tout en gardant le cadre de la prohibition. Il a été créé au début des années 1990. Ce modèle est

une approche multidimensionnelle conçue pour aborder les problèmes liés à la drogue. Il comprend la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression. La politique suisse a trois grands objectifs en matière de drogue qui sont les suivants :

Diminuer les conséquences négatives pour les usagers (en lien avec la santé publique, une diminution des conséquences liées à la consommation et maintien ou l'amélioration de la qualité de vie de la personne dépendante).

Diminuer la consommation de drogue (en lien avec la santé publique, diminution des risques pour la santé ainsi que la qualité de vie des personnes dépendantes).

Diminuer les conséquences négatives pour la société (ne touche pas uniquement l'utilisateur mais également son entourage et la société dans sa globalité, mise en place d'infrastructures adaptées).

En ce qui concerne les quatre piliers

Toujours selon Savary (2007) ainsi que l'Office fédéral de la santé publique (2016), le premier pilier concerne la prévention. Elle a pour but de réduire les risques liés aux substances, d'éviter les nouvelles consommations et de freiner la progression vers la dépendance.

Deuxième pilier, la thérapie qui comprend les différentes options de traitement afin d'améliorer l'état de santé physique et psychique des personnes. Par la suite, elle vise également à favoriser l'intégration des personnes dans la société.

La réduction des risques, troisième pilier, qui consiste à diminuer les risques pour l'individu, mais également pour la société. Elle vise à diminuer les conséquences négatives de la consommation de substances autant pour l'individu que pour la société.

La toxicomanie est également un problème de santé publique. La consommation de drogue favorise le développement des maladies infectieuses telles que le SIDA, les hépatites B et C via l'échange de matériel d'injection souillé et par les rapports sexuels non protégés. En Europe et particulièrement en Suisse, l'objectif principal de la santé publique porte sur la santé sexuelle et également sur la diminution de la consommation par voie intraveineuse et l'échange de seringues. (Office fédéral de la santé publique, 2016 ; Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe, 2006).

(RTS, découverte, 2013) Le VIH (virus d'immunodéficience humaine) a été découvert à la fin des années 1970 aux Etats-Unis et s'est répandu en Europe dès 1983.

(RTS, découverte, 2013) Dans les années 1990, des campagnes de prévention pour lutter contre le SIDA sont lancées. En effet, cette infection se transmet principalement via l'échange de seringues contaminées ainsi que par des rapports sexuels non protégés.

(Savary, 2007 ; Office fédéral de la santé publique, 2016) Quant au quatrième pilier, la répression, il a pour but de poser des réglementations sur

le marché des stupéfiants et de garantir, au maximum, la protection de la jeunesse.

Depuis la mise en place des quatre piliers, on observe une baisse du nombre de décès par le SIDA ou par la drogue, une baisse de nouvelles infections par le VIH, une baisse de la délinquance liée à l'acquisition de drogues et en même temps une augmentation du sentiment de sécurité, ainsi qu'une amélioration de la sécurité publique.

Ce modèle a valu à la Suisse un statut de pionnier au niveau international et une reconnaissance mondiale. De nombreux pays s'en sont inspirés.

Le modèle du cube



Image (Office Fédéral de la Santé publique, 2016)

(Office fédéral de la santé publique, 2015) Il a été développé en 2006 par la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD). Il s'agit d'un graphique en trois dimensions en forme de cube. Il est divisé sur ses faces à l'image du « Rubik's Cube », chaque axe correspondant à un type de problématique lié aux drogues. Ce modèle s'appuie sur la base des quatre piliers en reprenant les quatre thèmes : répression, réduction des risques, thérapie et prévention. A ces derniers s'ajoutent deux autres axes, le premier axe est celui des addictions : alcool, cannabis, drogues de synthèse, héroïne, cocaïne, médicaments psychoactifs, dépendances comportementales et tabac. Le second axe représente les différents types de consommation, c'est-à-dire, une consommation « à faible risque », « problématique » et « dépendance ».

L'avantage de ce nouveau modèle est son utilisation pour toute forme d'addiction et non plus seulement aux drogues dites illégales.

L'évolution de la politique et ce qu'elle est aujourd'hui nous conduit à aborder les questions soulevées par ce travail de Bachelor. Sans elle, tant les moyens que les volontés ne pourraient être mis en œuvre afin de faire évoluer les prises en charges des personnes dépendantes.

Qu'en est-il de l'alcool ?

Les auteures de cette étude ont décidé de développer la question de l'alcool dans un chapitre différent de celui des drogues illicites. Certes, les

substances licites et illicites sont désormais conjointement traitées, en termes de soins et ceci depuis le modèle du cube. Cependant, leur histoire, en lien avec la législation, a évolué de manière clivée. De plus, l'alcool étant présent dans toutes les strates de notre société, il a paru pertinent aux auteurs de dresser un tableau de son histoire.

Considérant que l'alcool n'a jamais fait l'objet de prohibition sur le territoire suisse, excepté l'absinthe (Auderset & Moser, 2016), et en tenant compte de l'importance qu'a eu et qu'a encore cette boisson dans notre culture, notre société et notre quotidien, nous avons décidé de consacrer un chapitre à ce sujet. L'alcool nous concerne tous, que nous en consommions ou pas. Il est le plus fréquent sujet des votations.

(Stop-alcool, 2017) L'alcool fait partie de notre société depuis la préhistoire, avant la sédentarisation et le début de l'agriculture. Il a tantôt été considéré comme un breuvage sacré, réservé à certains du clan, tantôt comme un remède ou un poison.

Les archéologues ont retrouvé des papyrus égyptiens expliquant les étapes de fabrication de la bière et du vin. C'est à cette époque que les premières mises en garde contre l'alcoolisation sont émises. Les grecs et les romains pensaient pouvoir se rapprocher de leurs Dieux en s'enivrant et possédaient également des connaissances poussées dans l'élaboration de boissons alcoolisées.

Les couvents au Moyen-Age sont bien connus pour avoir brassé de la bière. Paradoxalement, c'est à cette époque que l'Eglise débute sa

propagande pour une consommation modérée. Cependant, l'eau étant de moins en moins de bonne qualité, sa consommation était régulièrement remplacée par l'alcool. De plus, son commerce étant une importante source de revenus, sa production a connu une augmentation.

(Stop-alcool, 2017) C'est à la fin du XVIIIème siècle que l'on observe l'apparition de l'alcoolisme comme « maladie du pauvre ». En effet, depuis la révolution industrielle, une partie du peuple, particulièrement les artisans et les ouvriers, était confrontée à une grande précarité. Ainsi, ces derniers s'alcoolisaient afin de supporter de difficiles conditions de vie et de travail.

(Stop-alcool, 2017) En 1849, c'est dans son ouvrage « Alcoholismus chronicus » que le médecin suédois Magnus Huss employa le terme d'alcoolisme pour la première fois. Suite à cet ouvrage, d'autres œuvres scientifiques et littéraires ont été publiées. Puis, sont apparus les premiers mouvements d'abstinence comme la Croix-Bleue, fondée à Genève en 1877 par les protestants ou La Croix-D'Or, 1910, sous influence catholique. Dans la première moitié du XXème siècle, les premiers centres de cure et postcure ont été créés et ont été rapidement transformés en centres d'aide et de réinsertion professionnelle.

(Stop-alcool, 2017) En Amérique, deux alcooliques devenus abstinents décidèrent de se rencontrer régulièrement afin de discuter de leur consommation d'alcool, ceci dans le but de se soutenir mutuellement dans leur lutte. Ainsi, ils créèrent, en 1935, l'association des « Alcooliques

Anonymes » qui a rencontré un essor si important qu'elle est maintenant mondialement connue.

(Addiction suisse, 2014) En Suisse, la politique en matière d'alcools distillés est réglementée dès 1887 par la Régie fédérale des alcools (RFA). Elle visait à lutter contre la consommation abusive d'alcool et ne concernait que les eaux-de-vie de céréales et de pommes de terre. Elle a rapidement inclus les alcools distillés à base de fruits.

(Auderset & Moser, 2016) Les boissons fermentées telles que le vin, la bière et le cidre sont gérées par l'Office fédéral de l'agriculture (OFAG) depuis sa création. C'est depuis cette époque que la consommation d'alcool a été étudiée à partir de divers points de vue. Selon les périodes, l'alcool est tantôt considéré comme un poison et tantôt comme une boisson destinée au plaisir. Il a également été perçu comme un médicament, car, il peut occasionnellement aider à oublier ses soucis ou consommé comme stimulant dans des conditions de travail laborieuses.

(Auderset & Moser, 2016) Les professionnels qui étudient les raisons qui poussent à boire ont abordé des thématiques principales qui sont la détresse physique ou spirituelle, le travail éreintant, les tentations provenant du monde professionnel ou de la société, ainsi que les oppositions entre les classes sociales, liées aux différentes normes. L'analyse des données des différents types de consommation dépendent également de la période de temps étudiée, du sexe des individus, ainsi que du rapport entre les générations. De tout temps, la consommation de boissons alcoolisées fut

tantôt un instrument de socialisation ayant pour but de créer une identité de groupe ou tantôt la raison d'un déclassement social qui isole la personne dans sa problématique.

(Auderset & Moser, 2016) Lorsque l'on se concentre sur la boisson en elle-même, il faut prendre en considération sa teneur en alcool, la façon dont elle est ingérée (pure ou diluée), la quantité, la fréquence de la consommation, ou son association à d'autres drogues. Elle peut être savourée dans le calme ou ingurgitée en « binge drinking » (beuverie express).

Concepts retenus comme pertinents.

Les auteures ont commencé par isoler les principaux concepts sur la base des points développés précédemment.

Il existe des addictions sans substances telle que les jeux d'argent et les jeux vidéo, le sexe, la nourriture, les achats compulsifs ou le sport (Valleur, & Velea, 2002). Les auteures ont décidé de se concentrer sur les addictions avec substances, car ce phénomène touche une plus grande partie de la population et par conséquent, en tant qu'infirmière, les auteures risquent d'y être confrontées dans un plus grand nombre de services.

Dans le cadre des substances, les auteures ont relevé que l'alcool est la substance la plus présente dans notre société. En effet, comme il est indiqué dans l'ouvrage *Ivresse & Ordre* (Auderset & Moser, 2016), l'alcool fait partie de notre culture depuis des siècles et que nous soyons consommateurs ou non, il est présent dans notre quotidien. Les auteures développeront donc au

chapitre suivant le concept d'alcoolodépendance, avec un sous-concept qui précisera les nuances de la dépendance et de l'addiction.

En lien direct avec la dépendance, l'addiction, mais également le sevrage, les auteures développent un concept rattaché à la neurobiologie. Cet aspect permet de comprendre la complexité des maladies de la dépendance en lien avec les neurotransmetteurs et le système de la récompense.

Etant la première intervention proposée aux personnes dépendantes à l'alcool, les différents aspects du sevrage sont présentés au chapitre suivant. En effet, c'est une étape complexe et connue d'un grand nombre de consommateurs.

La consommation contrôlée est un concept qui a retenu l'attention des auteures dans la thématique de base. Les avis des différents experts en la matière sont controversés. Certains pensent qu'une consommation contrôlée ne pourra que mener à une rechute ou à l'abstinence, alors que d'autres voient ce mode de consommation comme une solution face à l'incapacité d'être en abstinence totale. Les auteures ont approfondi cette pratique afin de se faire leur propre opinion sur les divers avantages et inconvénients de cet accompagnement.

Le dernier concept développé dans cette étude donnera une définition de la qualité de vie. Les auteures se sont interrogées sur un éventuel bénéfice en termes de qualité de vie, suite à la mise en place d'un programme de consommation contrôlée.

La population concernée est classée, selon nos recherches, principalement en fonction de la tranche d'âge, car il s'agit d'un facteur incontournable. Les modes de consommation, ainsi que les substances utilisées peuvent évoluer en fonction de la période de la vie chez une personne donnée. En ce qui concerne l'addiction ou la dépendance à l'alcool, elle se présente particulièrement à l'âge adulte. (Morel & al., 2010)

Perspectives et propositions pour la pratique

Un des rôle de l'infirmière est d'accompagner, de guider et d'informer le patient afin de l'aider à faire ses propres choix dans les interventions possibles.

Selon stop-alcool (2017), depuis de nombreuses années, les personnes alcoolodépendantes bénéficient d'un certain nombre de thérapies. Les auteures ont pu mettre en évidence diverses interventions sur le plan psychologique : éducation thérapeutique, entretien motivationnel, thérapie de groupe (AA, ambulatoire ou en séjour hospitalier), thérapie individuelle, de couple ou familiale. Ces thérapies peuvent être complétées par des traitements médicamenteux : le Baclofène®, le Naltrexone®, l'Acamprosate®, les benzodiazépines, les bêtabloquants, les anticonvulsivants, les neuroleptiques et certaines vitamines.

Pour les personnes ayant une consommation d'alcool à risque, la première intervention proposée dans la plupart des centres spécialisés est le sevrage (stop-alcool, 2017). La problématique des rechutes à répétition, a rendu les

auteurs sensibles à la détresse de certaines personnes. La consommation contrôlée propose une demi-mesure et offre une alternative au comportement de type tout ou rien (Albrecht & Daeppen, 2007) et, ainsi, permet à la personne de retrouver un sentiment d'empowerment qui permet une meilleure adhésion aux traitements.

La prévention fait partie du rôle infirmier de promoteur de la santé. Les auteurs considèrent que la consommation contrôlée peut entrer dans la prévention tertiaire. Selon le Rapport Flajolet, (2001) dans OMS : une prévention tertiaire « intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ». Une diminution des coûts de la santé pourra être envisagée au travers de plusieurs paramètres. La problématique de la dépendance à l'alcool engendre des problèmes de santé qui pourront se trouver amoindris par une consommation contrôlée. Une diminution de la consommation d'alcool aura certainement pour conséquence une amélioration de la qualité de vie de l'individu ainsi qu'une diminution de l'absentéisme au travail.

Un historique de la politique suisse en matière de substances addictives permet de comprendre les failles et avantages du système qui est le nôtre. Il a été observé au travers des différentes politiques appliquées que la répression cache le problème et empêche les infirmières de participer à l'amélioration de la prise en charge. C'est grâce à cette politique que des

centres de traitements spécialisés sont mis en place et permettent de venir en aide aux individus qui en ont le souhait.

De part ce travail, les auteures ont à cœur de participer à l'évolution du système de santé et ainsi d'amener de nouvelles perspectives pour la pratique.

3. Concepts et champ disciplinaire infirmier

Définition des concepts retenus

Dans l'expérience quotidienne des soins, certaines choses, certaines activités ou certains événements sont perçus par l'infirmière. On parle alors d'un phénomène (Nadeau, 1999). Selon McKenna et Cutcliffe (2006), un phénomène identifié devient un concept et permet le développement théorique de la discipline infirmière. Les concepts deviennent notre vocabulaire spécial pour nommer les choses, les activités et les événements importants dans les soins infirmiers. Ils jouent un rôle essentiel dans le développement du savoir scientifique et de la pratique infirmière. Ils favorisent l'organisation des expériences et facilitent, entre autres, la communication entre les individus (Rodgers 1989). (Dans Dallaire, 2008).

Cette citation exprime l'importance de définir les concepts, en effet les auteures de ce travail de Bachelor ayant le souci d'être comprises par toutes et tous, ont établi une liste des principaux concepts et les ont définis dans ce chapitre. Afin de simplifier la lecture, les concepts ont été mis en évidence sous forme de titre ci-dessous.

Qu'est-ce que l'alcoolodépendance ?

Les termes d'alcoolodépendance ou de dépendance à l'alcool ont remplacé, dans la littérature scientifique, le terme d'alcoolisme. En effet, ce dernier est considéré comme trop vague dans sa définition. Le terme éthylisme est également employé, faisant référence à l'éthanol, molécule active des boissons alcoolisées. Cependant il peut être employé, selon les auteurs, tant pour parler d'une personne ayant abusé de manière ponctuelle d'alcool (éthylisme aigu) (Wolter & Della Santa, 2013), que d'une personne présentant une alcoolodépendance (éthylisme chronique) (Collège des

Enseignants de Neurologie, 2018). Ce terme d'éthylisme ne sera pas utilisé dans ce travail, car considéré comme imprécis.

Différentes gradations dans la sévérité des difficultés entraînées par la consommation de boissons alcoolisées ont été définies, allant de la consommation ne présentant pas de risque pour la santé, à la dépendance à l'alcool. Selon l'OMS (dans De Timary, 2016), cette gradation s'appuie sur une unité de mesure, nommée unité d'alcool. Elle correspond, selon les définitions de 10 à 13 grammes d'éthanol. Cette unité est généralement contenue dans un verre de 100 millilitres de vin, de 250 millilitres de bière ordinaire ou dans un verre de 30 millilitres d'alcool distillé. La teneur en alcool de chaque boisson étant différente, la quantité variera inévitablement.

Une consommation d'alcool n'entraînant pas de conséquences néfastes pour la santé se situe en dessous de 3 unités d'alcool par jour pour un homme et 2 unités par jour pour une femme. Toujours selon l'OMS (dans De Timary, 2016), le gradient suivant se nomme *consommation à risque*. Elle dépasse de temps en temps la quantité hebdomadaire maximale recommandée de 21 verres pour un homme et 14 verres pour une femme. Si la consommation devait dépasser cette norme de manière régulière, la personne entrera alors dans un *usage nocif*.

L'abus d'alcool ou *consommation excessive* correspond à un stade plus avancé, qui aura des répercussions importantes sur différentes sphères de la vie de l'individu. On verra apparaître des difficultés d'ordre familial, social, professionnel et/ou de santé.

Le dernier stade est la *dépendance à l'alcool*. Ce stade étant plus avancé de par les répercussions importantes sur l'organisation de l'existence de la personne et sur le fonctionnement neurologique. A ce stade, on observe la dépendance physique qui se définit d'une part par la tolérance aux effets de l'alcool, la personne doit consommer plus pour obtenir les mêmes effets, et d'autre part par l'apparition de symptômes de sevrage, se manifestant au moment où la personne arrête de consommer. La dépendance à l'alcool est également constituée d'une variante psychologique, la personne ressent en permanence un désir important de consommer des boissons alcoolisées. Les efforts pour contrôler, diminuer ou arrêter la consommation sont alors infructueux. La personne risque de vouer une part de plus en plus significative de son temps à se procurer de l'alcool, à le consommer et à récupérer des effets de sa consommation. Ceci au détriment d'une activité professionnelle et des activités de la vie quotidienne.

Dépendance, addiction, quelle différence ?

Les termes de « dépendance » et « d'addiction » sont des mots qui ont été couramment utilisés par les différents auteurs lors de la recherche exploratoire. Les auteures de ce travail ont trouvé important de clarifier ces différents concepts afin que le lecteur puisse bénéficier de définitions claires et précises.

Etymologiquement, le terme « addiction » vient du latin *ad-dicere* : « dire à » au sens d'attribution d'une personne à une autre. Ce terme coïncidait à

un arrêt du juge et désignait une « contrainte par corps » dans le droit romain ancien, puis au Moyen-Âge en Europe Continentale. Si un individu n'était plus capable d'assumer les dettes contractées vis-à-vis d'un plaignant, il était mis à la disposition de ce dernier (Varescon, 2009).

De nos jours, la définition la plus communément admise du terme « dépendance » utilisée par de nombreux auteurs, réfère directement à l'addiction. Il s'agit de la définition proposée par Goodman (1990 ; dans Morel & al. 2010, p.68) : « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Par conséquent, ce travail utilisera les termes « dépendance » et « addiction » sans distinction.

De nature polysémique, la dépendance est un concept qui selon le champ qui la qualifie peut être économique, sociale, psychique et physique. Elle peut atteindre toutes les tranches d'âge, c'est à dire les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes d'âge avancé (Jovic & Formarier, 2012). Selon ce qui précède, ce travail de recherche ne retiendra que les champs psychiques et physiques et se concentrera sur l'âge adulte.

Neurobiologie, le rôle des neurotransmetteurs

Une explication d'un point de vue neurobiologique aide à comprendre les mécanismes de la dépendance et à cerner la complexité du sevrage. (Tassin, 2002 ; Menecier, Sagne, Menecier-Ossia, Plattier, & Ploton, 2012) Le circuit de la récompense est le centre d'information interne et externe de l'individu, qui est à l'origine de la sensation de satisfaction et de plaisir. En lien direct avec la survie de l'être humain, il assure la réponse aux besoins primaires tels que la consommation d'aliments, de boissons ou encore la reproduction. Le circuit de la récompense est « stimulé » par la libération de dopamine qui provoque un bien-être physique et mental chez l'individu.

Sur la base de ce schéma, lorsqu'un produit psychotrope est consommé, ici l'alcool, une libération de dopamine se produit alors dans le cerveau. La consommation de tels produits n'étant, à l'origine, pas indispensable à la survie de l'individu, une sensation appelée « fausse satisfaction » est alors ressentie.

La répétition de la prise de substance induit une sensibilisation des neurones conduisant, selon la capacité addictogène du produit, à une dépendance plus ou moins rapide. L'organisme développe alors une accoutumance et a alors besoin d'une quantité toujours plus élevée du produit pour que l'individu ressente un effet suffisant de satisfaction.

Dès lors la dépendance installée, un autre mécanisme se met en place. Il s'agit de l'anticipation du plaisir procuré par la substance. En effet, les systèmes de l'apprentissage et de la mémoire de l'environnement vont

participer à la libération de dopamine lorsque l'individu se prépare à la consommation du produit, lorsqu'il voit une image lui rappelant le produit ou lorsqu'il y pense. Ceci explique la difficulté du sevrage à une substance. En effet, une simple représentation, une odeur, une image ou un souvenir peut provoquer une rechute.

(Menecier, & al., 2012) Le déplaisir causé par l'arrêt de la consommation est donc un phénomène complexe, qui associe les symptômes du sevrage physique à la dysphorie du manque. D'un point de vue biologique, l'un est provoqué par la sensibilisation des récepteurs au GABA et au glutamate, l'autre à la déplétion en dopamine dans le système motivationnel. Tant le sevrage que le manque peuvent ainsi être expliqués par le mécanisme de downregulation des récepteurs des neurotransmetteurs. Quand ceux-ci sont trop stimulés, un mécanisme automatique de rééquilibrage intervient, ce qui a pour conséquence de diminuer leur nombre ou leur efficacité. Tant qu'un produit maintient la libération de neurotransmetteurs en quantité importante, l'activité des récepteurs restants conserve globalement une intensité normale. Cependant, dès que l'effet du produit disparaît, la quantité habituelle de neurotransmetteurs ne suffit plus à fournir une stimulation satisfaisante des récepteurs, devenus trop peu nombreux.

Le sevrage

Le sevrage n'est pas un concept central de ce travail, mais les auteures ont trouvé approprié de le préciser pour permettre d'avoir une vision globale sur les différentes thérapies utilisées dans le traitement des personnes alcoolodépendantes. C'est pourquoi il a été développé ci-dessous.

Outre les paramètres neurobiologiques et physiques, le sevrage est une étape comprenant de nombreux aspects, les aspects psycho-sociaux et médicaux étant incontournables. Afin de s'adapter au mieux au patient et en lien avec la politique de réduction des risques du modèle des quatre piliers (Voélin, & Quiroga, 2009), de nombreuses offres sont à la disposition des patients. Le sevrage peut être effectué soit en milieu résidentiel, soit en ambulatoire. Dans les deux cas, le patient bénéficie, lorsqu'il est nécessaire, d'une médication adaptée à la gestion de certains symptômes de sevrage. Certaines personnes alcoolodépendantes essaient parfois de faire un sevrage sans soutien professionnel. Un « sevrage sauvage », peut aboutir à une hospitalisation d'urgence ou à la mort si la personne n'est pas prise en charge rapidement. Un suivi postcure sera mis en place par la suite afin d'éviter une rechute et d'aider le patient à s'adapter à sa nouvelle vie.

La thérapie médicamenteuse est un aspect important de la prise en charge de certaines personnes alcoolodépendantes. Cependant, on ne pourra alors parler de sevrage qualifié que s'il s'inscrit dans un projet global de soin et de changement. La palette de propositions médicamenteuse étant vaste, elle ne sera pas abordée dans ce travail de Bachelor.

Une hospitalisation, dans une unité spécialisée est proposée lors de la présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : (Praticiens addiction suisse, 2015) *complications lors de sevrages antérieurs (crises d'épilepsie, delirium), atteintes organiques graves, intoxication alcoolique sévère, sévérité croissante des symptômes de sevrage, en particulier lors d'apparition de délire, multiples dépendances, troubles psychiques sévères (comorbidités), difficultés relationnelles et conflits dans l'environnement social ou à domicile, absence de soutien, absence de possibilité de suivre un traitement ambulatoire dans la région.* Cette prise en charge peut également se faire en milieu résidentiel (foyer).

(Praticiens addiction suisse, 2015) Les sevrages ambulatoires sont également très efficaces. Compte tenu des fréquentes comorbidités somatiques et psychiques que présentent les alcoolodépendants, il est préférable qu'il ne soit pas effectué uniquement avec le médecin traitant, mais en réseau avec les spécialistes des centres de traitement. Pour que le sevrage ambulatoire soit possible, certaines conditions doivent être réunies. Il faut que le patient puisse coopérer et s'engager activement dans cette démarche. Le soutien de son entourage avec une personne de référence optimisera les chances de réussite. Il est nécessaire que la personne soit prête à vivre sans alcool et à suivre un plan de traitement basé sur des règles co-convenues. Il faut également que les contre-indications au sevrage extrahospitalier soient écartées. Le plan de traitement sera constitué de consultations médicales qui seront, dans un premier temps, quotidiennes.

Les entretiens proposés à ce stade, sont de type motivationnel. Des surveillances biologiques ainsi qu'une évaluation clinique somatique et psychique sont également réalisées. Des contrôles d'alcoolémie dans l'air expiré peuvent être effectués. La médication sera adaptée au cas par cas et au jour le jour selon la symptomatologie.

(Praticiens addiction suisse, 2015) Les thérapies constituent un traitement au long cours. Elles ont pour but la prévention de la rechute et ainsi contribuent à maintenir l'abstinence ou la consommation contrôlée. Les thérapies proposées peuvent être additionnées entre elles afin de permettre au patient de bénéficier d'une offre adaptée à sa situation unique. (Stop-alcool, 2017) On y trouve en plus des interventions de type motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies conjugales et familiales ou les interventions basées sur la pleine conscience (mindfulness). Les groupes de parole ont une grande importance pour nombre de personnes qui souhaitent maintenir l'abstinence et il existe également des groupes virtuels.

Le thème de la rémission spontanée étant vaste et les études encore peu étoffées, il ne sera pas abordé ici.

La consommation contrôlée

La consommation contrôlée est le concept central de ce travail. Les auteurs envisagent que ce concept puisse devenir une intervention supplémentaire dans le traitement de l'alcoolodépendance.

« Selon le Docteur Harald Klingemann, il s'agit d'une consommation d'alcool disciplinée astreinte à un plan prédéfini ; à savoir des règles établies quant à la quantité et au cadre » (2004 ; dans Albrecht & Daepfen, 2007, p.1).

Selon Soulet (2002), la plupart des usagers ont un rapport mesuré et construit à leur consommation. L'usage de drogue s'inscrit dans un mode de vie organisé. L'acquisition et la consommation du produit sont cadrés par des règles, ce qui signifie que certaines personnes parviennent à mettre en place une stratégie de gestion et ainsi, en s'appuyant sur ce cadre, à maîtriser leur consommation. La consommation contrôlée en tant que stratégie de gestion engendre un amoindrissement des problématiques qui pourraient en découler, permet une adaptation à la conformité des normes sociales et par conséquent, ne compromet pas l'intégration dans la société.

Il est important de souligner que la consommation d'une substance se développe selon des aspects individuels, mais s'inscrit également dans un environnement exogène. La société, en tant que facteur externe constitue l'une des règles qui restreint la consommation, ceci en définissant les situations opportunes lors desquelles une consommation peut être tolérée ou au contraire paraître inadaptée. Le contexte professionnel, par exemple, peut constituer un cadre d'abstinence ou à contrario, pousser l'utilisateur à la consommation. En s'adaptant à son environnement, le consommateur peut s'appuyer sur un cadre de référence dans lequel les règles de consommation sont définies.

L'influence du groupe est non négligeable qu'il soit du domaine privé ou professionnel, Soulet (2002, p.28) « ...insiste sur le contexte comme facteur de contrôle mais également sur l'apprentissage comme modalité d'acquisition des dispositions à rendre signifiant la consommation et à l'inscrire dans les limites du non-problématique socialement et individuellement ». Ces contrôles sociétaux agissent non seulement sous la forme de dissuasion, mais également comme encadrement des pratiques consommatoires. Les écrits d'Albrecht et Daeppen (2007) rejoignent les idées de Soulet (2002), en ajoutant que la consommation contrôlée d'alcool peut être un but en soi, visant à diminuer les conséquences néfastes liées à la consommation d'alcool, tout en préservant les répercussions positives de la consommation. Mais, elle peut également être enseignée, co-développée dans une alliance thérapeutique en constituant un palier menant à l'abstinence.

En tant qu'étape vers l'abstinence, toujours selon Albrecht et Daeppen (2007), la consommation contrôlée permet le renforcement du sentiment d'empowerment du patient. L'attitude du thérapeute favorise dans ce cas une meilleure alliance thérapeutique, permettant ainsi au patient une prise de conscience graduelle de sa dépendance pouvant l'amener au sevrage non pas comme une condition thérapeutique, mais comme une décision qui n'appartient qu'à lui.

(Albrecht & Daeppen, 2007) Considérant que l'alcoolodépendance est une maladie qui exige des soins au long cours, il est à retenir que l'abstinence n'est pas la seule réponse thérapeutique et que des jalons, telle la

consommation contrôlée peuvent être mis en place afin de guider le patient sur le chemin qui est le sien.

Pour Albrecht et Daepfen (2007), les patients ayant expérimentés des rechutes à répétition pourront aborder la consommation contrôlée comme un moyen de sortir d'un comportement de type tout ou rien, abstinence versus consommation gravissime et lui permettre ainsi de retrouver un sentiment d'autonomie.

La qualité de vie

La qualité de vie est un concept qui englobe un grand nombre de déterminants. La prise en charge infirmières s'intéresse à l'individu dans son ensemble, c'est pourquoi ce dernier concept a été détaillé.

(Guibet Lafaye, 2005) C'est à la fin des années 1960, dans le contexte d'après-guerre aux Etats-Unis, qu'ont été réalisés les premiers essais de mesure de la qualité de vie en santé. Différents questionnaires sont élaborés sur la base d'indicateurs déterminants. Dans un contexte individuel, les mesures informent sur des éléments subjectifs principalement. Cependant, elles tendent à traduire à un niveau populationnel et collectif, une appréciation plus objective (Benamouzig, 2010).

(Guibet Lafaye, 2005) Les déterminants de la qualité de vie, qu'ils soient ou non directement liés à la santé sont nombreux. On observe l'état physique du sujet dans sa globalité, c'est à dire ces capacités fonctionnelles et de son degré d'autonomie. On regarde ensuite les sensations somatiques au travers

des symptômes. Puis, on examine l'état psychologique de l'individu, qui se réfère à des éléments cognitifs, émotionnels ou relationnels. Certaines mesures intègrent même des éléments spirituels (Benamouzig, 2010). On se tourne aussi vers l'extérieur afin d'évaluer l'environnement, qu'il soit familial, amical ou professionnel. On tient compte également de la faculté d'entrer en contact facilement avec autrui par la parole, l'aptitude à participer à des activités de détente avec d'autres personnes ou de la capacité à occuper un emploi. Constituant une composante de toute vie qui peut être qualifiée de bonne, la liberté de choix revête une grande importance et se présente comme une donnée de la qualité de vie. Elle est reliée directement à l'aptitude à choisir, plus précisément en connaissance de cause. L'approche par les capacités permet d'établir des informations sur la capacité d'une personne à réaliser sa qualité de vie. Les restrictions doivent également être considérées comme des éléments déterminants. Ainsi, une mesure adéquate de la qualité de vie doit être fondée corrélativement sur l'identification des obstacles internes et externes. Un questionnaire de mesure de qualité de vie doit être adapté selon les contextes : socio-économiques, les conditions de vie, la culture, le type de population et la situation géographique du répondant. Sans omettre que ce concept évolue avec le temps (Benamouzig, 2010).

Concernant les personnes addictes, dont font partie les personnes alcoolodépendantes, la qualité de vie peut se traduire par des indicateurs spécifiques à cette population. Certains questionnaires s'intéressent, par

exemple, à la jouissance d'une autonomie financière suffisante pour assumer ses propres besoins. Elle renvoie aux questions d'intégration et d'évolution professionnelles. S'ajouteront à ceci des éléments tels que le lieu de résidence, la gestion d'éventuels problèmes juridiques ou l'attitude face aux substances (Voélin, & Quiroga, 2009).

Il est important de souligner que selon Voélin & Quiroga, une « diminution de la souffrance permet dès lors aux personnes de mieux mobiliser leur énergie vers une construction ou une reconstruction de leur système et mode de relations, de leur réseau, leur environnement et leurs conditions concrètes de vie » (2009).

Le concept de qualité de vie étant constitué d'un grand nombre de caractéristiques, il ne peut se conformer à une définition simple et précise. C'est pourquoi il a retenu notre attention. En effet, il est en relation direct avec les valeurs infirmières qui s'appliquent à considérer l'humain dans sa totalité (Voélin, & Quiroga, 2009).

Cadre théorique

Dans le présent chapitre, la théorie de Patricia L. Starck est développée et dans un second temps, mise en lien avec le sujet de ce travail.

Cette théorie a été choisie afin d'apporter une vision nouvelle dans la prise en charge des patients alcoolodépendants. Les auteures ont estimé pertinents de comprendre la motivation, le sens donné par les personnes à leur consommation d'alcool. L'infirmière tend à accompagner le patient dans

la recherche du but de sa vie. Cette théorie amène également un dialogue particulier, le dialogue socratique. Ce dernier permet aux soignants de comprendre les valeurs, les expériences de vie de la personne et de l'amener à la réflexion.

Theory of Meaning, Patricia L. Starck

Les auteures ont choisi comme cadre théorique de développer et présenter la théorie du sens.

Patricia L. Starck est née le 15 septembre 1938 dans l'état de Géorgie aux Etats-Unis. Elle a appris, puis pratiqué le métier d'infirmière dans différents états. Elle obtint son Master en 1963 (Garza & Kokes, 2014).

Patricia L. Starck considère que l'un des plus grands défis auxquels sont confrontés les infirmières et autres professionnels de la santé est de trouver la clé de la motivation humaine. Elle se demande ce qui pousse une personne à s'accrocher, à lutter pour surmonter plutôt qu'à abandonner.

Elle fit la rencontre des écrits de Viktor Frankl, psychiatre Viennois, et les étudia afin de développer des interventions qui permettraient de tester cette théorie avec des patients présentant des lésions de la moelle épinière.

La motivation est généralement considérée comme relevant de la psychologie et de la psychiatrie. A cette époque, Sigmund Freud pensait que la recherche du plaisir était le principal but du comportement humain. Alfred Adler soutenait la théorie de la recherche du pouvoir. Mais la philosophie qui retient l'attention de Starck était celle de Viktor Frank (1905-1997), qui

admettait que la principale motivation humaine était de chercher un sens et un but dans la vie (Smith & Liehr, 2013).

Les postulats sont le noyau central de la théorie et sont des énoncés généralisés de vérité qui servent de fondement essentiel à ce corpus de connaissances. Les postulats sont :

- La recherche de sens d'une personne est la principale motivation de la vie. Cette signification est unique et spécifique en ce sens qu'elle doit et peut être remplie par la personne seule. (Frankl, 1984, p. 121)
- Une personne est libre d'être responsable et est responsable de la réalisation du sens de la vie, le logos de l'existence. (Frankl, 1961, p.9).
- Une personne peut trouver un sens à sa vie même lorsqu'elle est confrontée à une situation désespérée, face à un destin qui ne peut être changé. (Frankl, 1984, p.135).
- La vie d'une personne offre un sens à chaque instant et dans chaque situation. (Fabry, 1991, p.130). (Smith & Liehr, 2013, p.89) (traduction libre)

Concepts

Frankl a posé les concepts fondamentaux développés dans la théorie du sens. Suite à son internement dans les camps de concentration de Auchwitz et Dachau, il a entamé le développement de son concept de souffrance humaine en la décrivant comme un défi pour l'individu, en considérant qu'il n'appartient qu'à lui de décider comment réagir face à des circonstances de vie inéluctables. Il a inventé le terme logotherapy du mot grec « logos », définissant le sens. La logothérapie est la pratique de la théorie, qui vise à

aider les individus à trouver un sens à la vie indépendamment des circonstances.

Tirés des travaux de Frankl, les trois principaux concepts sont les éléments constitutifs de la théorie. Ils sont le but de la vie, la liberté de choisir et la souffrance humaine.

But de la vie

Le but de la vie est le concept central de la théorie du sens. C'est le résumé des raisons de son existence, répondant aux questions : Qui suis-je ? Et, pourquoi suis-je ici ? Le fait de trouver le sens et le but de la vie, permet de trouver sa place dans le monde. Le but de la vie est celui auquel on peut se sentir appelé et auquel on est dédié.

Un des thèmes du but de la vie est de faire une contribution, en laissant le monde comme un endroit meilleur (Smith & Liehr, 2013, p.91).

Frankl affirme que chaque personne doit découvrir son propre sens. Il ne peut pas être prescrit par un autre, mais le soignant peut aider la personne à mettre en lumière le nouveau sens, en changeant de point de vue.

« Frankl (1984) a postulé que le sens dans la vie change toujours mais ne cesse jamais d'être » (dans Smith & Liehr 2013, p. 92).

Patricia L. Starck s'est également inspirée des écrits de Fabry et a notamment retenu qu'il a distingué le « sens du moment » et le « sens universel ». Le sens du moment est la situation quotidienne dans laquelle on agit à travers l'action, les expériences et le positionnement que l'on prend. Le

sens universel est la confiance en un ordre dans l'univers et en l'idée que les humains font partie de cet ordre (Smith & Liehr, 2013).

L'autotranscendance (Frankl, 1969) est liée au but de la vie. La transcendance de soi est contrastée avec la conscience de soi. Dans la conscience de soi, l'accent est interne, comme la culpabilité, les traumatismes passés ou d'autres sentiments. En revanche, l'autotranscendance se distancie de soi-même. Dans la distanciation, une vision différente de la situation apparaît avec une signification changée de la situation (Smith & Liehr, 2013, p.93).

Selon Frankl, il existe différentes façons de trouver un sens à la vie et de permettre le but de la vie. Vivre des expériences telles que l'amour ou la rencontre avec un autre être humain en est une. Mais, il estime que choisir ou changer sa propre attitude face aux événements de la vie présente permet de voir la situation de manière différente et ainsi y trouver un sens nouveau.

La liberté de choisir

La liberté de choisir est considérée comme un processus de sélection parmi les options sur lesquelles on a le contrôle.

Lors de son internement, Frankl a découvert la dernière des libertés humaines. Choisir son attitude dans des circonstances données, c'est la liberté d'être autodéterminé.

On peut être soumis à la torture, à l'humiliation, et pire encore, tout en conservant l'attitude d'affronter son destin avec courage. C'est l'attitude de la victime qui détermine le comportement, pas les actions du persécuteur. Le droit de choisir sa propre attitude peut être considéré comme une liberté spirituelle ou une indépendance d'esprit (Smith & Liehr, 2013, p. 95).

Fabry (1991) a émis un postulat pour modifier les comportements, en considérant que de toute situation, quelque chose de positif peut être retiré. Il propose quelques exemples de questions qui ont pour but de détourner l'attention de soi vers les autres : « Qu'est-ce que je peux encore faire qui profiterait à quelqu'un ? Qui est-ce que j'aime et que je souhaite protéger dans cette situation ? » (Smith & Liehr, 2013, P.43).

Fabry (1991) a déterminé que l'attitude peut débiter un changement en « agissant comme si ». Par exemple, si une personne veut être courageuse, alors agir « comme si » serait changer d'attitude.

Le travail de Frankl a été également influencé par Elisabeth S. Lukas (1984, 1986). Elle a apporté à la compréhension de la liberté de choisir, l'idée que les événements de la vie peuvent être catégorisés comme faisant partie du destin ou de la liberté. Le destin étant la partie inchangeable de la situation, celle sur laquelle nous n'avons pas de pouvoir. Alors que la liberté inclut les éléments influençables, y compris le choix de l'attitude à adopter. Face à une difficulté, la personne doit se poser les questions suivantes : « où sont mes zones de liberté ? Quels choix possibles ai-je ? » (Smith & Liehr, 2013, P.95).

La souffrance humaine

Le troisième concept de la théorie du sens est la souffrance humaine. « C'est une expérience subjective qui est unique à un individu et qui va de la simple gêne transitoire à l'extrême angoisse et au désespoir » (Starck & McGovern, 1992 ; dans Smith & Liehr, 2013, p.95). Il est clair pour Frankl

que la souffrance n'a pas de sens. Elle est une part inévitable de l'expérience humaine. Selon lui, il n'est pas nécessaire de chercher un sens aux événements que nous vivons. Le sens vient de la position que nous prenons vis-à-vis de la souffrance.

La relation entre les concepts « suggère que le sens est un voyage vers le but de la vie avec la liberté de choisir son chemin malgré les inévitables souffrances » (Smith & Liehr, 2013, p. 96).

« Ces concepts sont soutenus par trois dimensions humaines : le physique ou *le soma*, le mental ou *le psychique*, et le spirituel ou *le noos* (Frankl, 1969) » (dans Smith & Liehr, 2013, p. 90). Le soma et la psyché peuvent devenir malades. Mais la dimension spirituelle ne le peut pas, elle ne peut que devenir bloqué ou frustré. Un problème dans une des trois dimensions peut provoquer des manifestations dans une autre. L'observation selon l'une ou l'autre des dimensions peut amener des perspectives différentes sur l'interprétation du tout.

Utilisation de la théorie dans la pratique

Le but de la logothérapie est d'aider les personnes à se séparer de leurs symptômes, à puiser dans d'autres ressources de leur dimension noétique et à éveiller le pouvoir dynamique de l'esprit humain. Aider à trouver un autre sens peut être décrit comme favorisant le déploiement de ce qui est déjà là. Il aide l'autre à découvrir ses valeurs et à faciliter la prise de conscience des croyances et des engagements subconscients (Smith & Liehr, 2013, p.101).

Frankl (1969) a décrit trois approches logothérapeutiques qui sont la dérédification, l'intention paradoxale et le dialogue socratique. Il ne préconise pas les techniques dans un sens protocolaire, mais encourage plutôt l'utilisation du savoir esthétique, c'est-à-dire la spontanéité, en fonction de la situation.

Dérédification

« La dérédification est l'acte de désaccentuer, de se décentrer ou de cesser de se concentrer sur un phénomène pénible, un questionnement ou un problème ; c'est mettre cette question de côté. La dérédification renforce la capacité de transcendance de soi » (Smith & Liehr, 2013, p.101).

Intention paradoxale

L'intention paradoxale a pour but de confronter les peurs et les angoisses en agissant intentionnellement à l'opposé des buts désirés et ainsi de renforcer la capacité d'auto-distanciation. En s'éloignant de la cause des problèmes, les déclencheurs deviennent inefficaces. L'intention paradoxale est utile, par exemple, pour traiter l'anxiété anticipatoire. L'objet de la peur de la personne étant la peur elle-même, elle produit précisément ce dont la personne a peur et elle est alors prise dans un cycle restrictif. En logothérapie, il est demandé de souhaiter la chose même que l'on craint, donc de remplacer la peur par un souhait paradoxal, ceci dans le but de casser le cycle, d'interférer avec le mécanisme de rétroaction (Smith & Liehr, 2013).

L'intention paradoxale ne dépend pas de la compréhension de comment et pourquoi le comportement a commencé. Elle est utilisée pour changer les comportements indésirables, comme l'abus d'alcool.

Dialogue socratique

Le dialogue socratique est une conversation de questions et de réponses, approfondissant profondément des questions existentielles telles que ses valeurs. C'est un débat rhétorique pour déclencher un changement d'attitude, de comportement ou les deux. Le dialogue socratique est un discours de découverte de soi et cherche à se débarrasser des masques qui ont été mis pour plaire ou pour être acceptés (Smith & Liehr, 2013, p.102).

Le dialogue socratique pose des questions d'approfondissement et exige de l'improvisation et de l'intuition (Fabry, 1980 ; dans Smith & Liehr, 2013) ce que fait l'infirmière experte dans sa pratique.

Voici quelques exemples :

- Y avait-il une époque où la vie avait un sens ?
- Qui connaissez-vous qui mène une vie significative ? Qu'est-ce qui vous empêche de vivre comme cette personne ?
- Qui sont les personnes qui ont besoin de vous ?
- Parlez-moi d'une expérience qui vous a fait voir les choses différemment.
- Dites-moi quelque chose que vous avez dit que vous ne pouviez pas faire mais vous l'avez fait » (Smith & Liehr, 2013, p.103).

Pour conclure, la logothérapie fournit des outils pour faire émerger les parties de la personnalité étant plus fortes et plus joyeuses, ceci en puisant dans les ressources internes. Elle vise à habiliter la personne en mettant l'accent sur la responsabilité, le choix et l'espoir. Les idées centrales de la

théorie du sens s'avèrent utiles pour toutes les pathologies, il n'y a peut-être pas de plus grand défi que de trouver un sens face à la maladie. En effet, il est de plus en plus reconnu que les symptômes de détresse psychologique et les préoccupations existentielles sont une composante majeure du bien-être et par conséquent de la qualité de vie des individus.

Lien avec la question de recherche

Les auteures ont découvert cette théorie de soins infirmiers lors de la présentation d'une démarche éthique. Elle a rapidement attiré leur attention, car la théorie du sens propose au soignant de se positionner comme un outil à la disposition de la personne en le guidant dans le changement, dans la recherche de sens en s'appuyant sur le dialogue socratique. Elle l'invite à trouver un sens aux événements vécus, un but à la vie au travers de la prise de conscience des choix possibles. Ceci en intégrant que le changement ne se prescrit pas, mais en travaillant avec la personne en souffrance.

Les entretiens motivationnels que l'on rencontre dans le domaine des addictions permettent à la personne de s'accrocher, de lutter, au lieu d'abandonner et permet à l'infirmière de respecter le rythme, le choix et les souhaits du patient. Ce type de thérapie peut être guidé par différentes lignes directrices, c'est-à-dire combiner les outils que sont l'entretien motivationnel et le dialogue socratique. La théorie proposée par Patricia L. Starck invite le soignant à guider le patient sur la découverte de ses valeurs, lui permettant une prise de confiance en soi au travers de la connaissance de

soi. La prise de conscience des croyances permet le changement de celles-ci, afin d'aboutir à une nouvelle interprétation des événements et ainsi leur donner un nouveau sens.

Les auteures émettent l'hypothèse que les personnes alcoolodépendantes souffrent, entre autres, d'un manque de sens dans la vie et qu'elles tentent de le combler par l'absorption massive d'alcool. Comme l'a postulé Frankl (1984) : « le sens dans la vie change toujours mais ne cesse jamais d'être » (dans Smith & Liehr, 2013, p. 92). Cependant, la prise de conscience de la nécessité de donner du sens de la vie peut aboutir à un changement durable, dans la mesure où le patient est lucide que le sens qu'il donne à son existence est évolutif. Il doit être parfois remis à jour, impliquant que la personne peut à certains moments douter des buts passés, ce qui peut constituer un risque de rechute. Les questions proposées par Fabry (1980, dans Smith & Liehr, 2013) dans le dialogue socratique ont pour objectifs de déclencher un changement et d'initier une recherche de sens. Elles souhaitent également l'aider à se débarrasser des masques ou du « faux-self » que le patient a mis en place pour se faire accepter des autres. En approfondissant des questions existentielles telles que ses valeurs, la personne peut changer d'attitude et reprendre la responsabilité sur ses choix, ses comportements, en bref sur sa vie. Les questions de Fabry invitent le patient à une distanciation en s'ouvrant aux autres ou à qui il était à un autre moment de sa vie, lui permettant de s'ouvrir à différents points de vue que celui qui est le sien à ce moment-là et l'invitant au changement.

La théorie du sens, au travers de ses postulats, souhaite rendre à la personne la responsabilité de la réalisation du sens de sa vie, le logos de l'existence. En lien direct avec la liberté de choisir, la responsabilisation de la personne face à ses choix initie l'empowerment et ainsi, appelle à un changement d'attitude, une prise de décision d'un positionnement face à la consommation d'alcool, mais également vis-à-vis de sa vie en général. La dérégulation invite au changement de point de vue en ne focalisant plus sur le problème d'alcool ou ses comorbidités, mais en éclairant une vision différente de la situation. Ce qui rejoint le postulat de Fabry (1991) qui considère que de toute expérience, quelque chose de positif peut être retiré.

Au travers de son analyse, le soignant aidera la personne à déterminer ce qui fait partie du destin, les éléments inchangeables de la situation, afin de tendre vers l'acceptation de ceux-ci. L'énergie peut alors être investie dans la liberté, c'est-à-dire sur les constituants influençables de la situation. La souffrance est une part inévitable de l'existence et personne ne peut changer cet état de fait. A contrario, en y donnant un sens, l'interprétation de la souffrance peut être modifiée.

Pour ce qui est de l'intention paradoxale, le personnel soignant pourra agir intentionnellement en collaboration avec la personne afin de faire émerger les ressources et l'auto-distanciation avec les boissons alcoolisées.

Ce travail s'effectuera suite au sevrage, lorsque l'individu redoutera la rechute dans des situations telles que : repas de famille, anniversaires, festivités en tout genre ou encore sorties entre amis, etc. Cette approche

permettra donc d'améliorer la qualité de vie de celui-ci en diminuant son anxiété et en lui donnant la possibilité de vivre avec sa pathologie.

4. Méthode

Méthode PICOT

En lien avec les soins dispensés aux patients, l'infirmière est amenée quotidiennement, à prendre des décisions cliniques. Quatre types d'éléments influencent ces décisions. Il s'agit des préférences du patient et du contexte de soin, du jugement clinique et de l'expertise infirmière, des ressources disponibles, ainsi que des résultats probants issus de recherches. Ce dernier élément repose sur la recension des données probantes relatives à une question clinique, « soins infirmiers fondés sur les preuves » ou Evidence-Based Nursing (EBN) (Jacqmin, 2012). La démarche EBN intègre cinq étapes. La première étant l'énonciation de la problématique clinique sous la forme d'une question précise, appelée question PICOT, « patient », « intervention », « comparaison », « outcomes » et « time ». Cette formulation de la question dirige la recherche bibliographique, ce qui permettra d'identifier, en un minimum de temps, des articles pertinents.

Structuration de la question de ce travail selon la méthode PICOT :

P	Personnes adultes alcoolodépendantes en échec de sevrage
I	La consommation contrôlée en termes d'intervention thérapeutique
C	Pour ce travail, les auteures ne faisant pas de comparaison entre différentes interventions thérapeutiques, ce critère n'est donc pas utilisé
O	Les résultats recherchés par les auteures mesurent le niveau de qualité de vie
T	Ce critère n'est pas pertinent car nous ne souhaitons pas mettre de limites temporelles.

La question de recherche, une question de type intervention

Selon les chapitres précédents, ainsi que la méthode PICOT, les auteures ont pu préciser et délimiter la question de recherche comme suit :

« Quels sont les effets d'une intervention thérapeutique de type consommation contrôlée d'alcool sur la qualité de vie des personnes adultes alcoolodépendantes en échec de sevrage ? »

Comme précisé dans la question élaborée, il s'agit d'une question qualitative de type intervention. En effet, elle correspond à : comment choisir le meilleur traitement pour le patient ? (Centre Cochrane Français, 2011).

Selon Fineout-Overholt et Johnston, une question de type intervention interroge :

« ...sur l'efficacité des interventions dans l'amélioration des résultats chez les patients malades / patients souffrant de certaines conditions... »
 « ...Parmi les nombreux traitements offerts par les cliniciens, qui sont les médicaments, les procédures chirurgicales, l'exercice, et des conseils sur les changements de modes de vie » (2005).

La consommation contrôlée constitue un changement de mode de vie et par conséquent correspond à cette définition.

La démarche de sélection des articles

La détermination des concepts clés de ce travail de Bachelor, ainsi que la formulation de la question PICOT qui en a découlé, ont permis de mettre en évidence les mots clés utiles à la recherche d'articles scientifiques. Les termes « alcoolodépendance », « consommation contrôlée », « contrôle », « sevrage » et « qualité de vie » ont été traduits par le grand dictionnaire de terminologique afin de déterminer la correspondance adéquate en des termes anglophones. Puis, les bases de données préconisées par la Haute école de Santé ARC de Neuchâtel ont permis de transformer les termes anglophones en descripteurs Mesh ou Ovid, les bases de données consultées sont : Pubmed, Cochrane, Cinahl, Medline et Psychinfo. Les termes descripteurs qui sont utilisés pour la recherche d'articles sont développés dans un tableau en annexe (appendice A).

Pour chaque base de données, les descripteurs ont été introduits suivant différentes équations afin de retenir un maximum d'articles se référant à la thématique. Concernant les filtres utilisés, seuls les articles proposant le texte en entier « full text » ont été retenus, le filtre « humans » permettait d'exclure les études réalisées sur des animaux. En principe, seuls les articles datant au maximum de 5 ans sont conservés, sauf dans le cas où le nombre de résultats était moindre. Dans ce cas, le filtre 10 ans était alors actionné. Lorsque c'était possible, la sélection des articles traitant des adultes était opérée par la base de données. Un tableau explicatif de cette démarche se trouve en annexe.

Suite à l'application stricte de la méthode, un nombre insuffisant d'articles ont pu être retenus. Après discussion avec la directrice du présent travail de Bachelor, les auteures ont décidé d'adapter la recherche en introduisant dans les bases de données, des mots clés issus des articles sélectionnés. Les termes « controlled drinking » et « managed alcohol » ont été définis comme plus pertinents et se sont avérés très efficaces, puisque 64 articles ont été retenus par Pubmed, ceci sans aucun filtre, dont dix-sept dataient des 10 dernières années. Trente articles ont tout de même été présélectionnés suite à la lecture du résumé. De plus, la thématique de la consommation contrôlée n'ayant pas été soumise à de grandes avancées scientifiques, les auteures ont tout de même décidé d'inclure trois articles datant de plus de 10 ans.

La requête de recherche selon les descripteurs correspondants aux bases de données

Mots en français	Mots en anglais	Descripteurs Mesh pubmed	Descripteurs Mesh Cochrane	Descripteurs (Mesh) Cinahl
Alcoolodépendance	alcoholism	alcohol dependence/ alcohol addiction/ alcoholic intoxication/ chronic alcoholic intoxication/alcohol use disorder/ alcohol abuse	alcoholism	alcoholism/ alcohol rehabilitation programs
Alcoolomane	alcohol addict	-	<ul style="list-style-type: none"> • (pas de terme exact) • alcohol drinking/alcohol consumption 	alcoholism/ alcohol rehabilitation programs
Consommation contrôlée (Contrôle de la consommation)	drinking control /	preventive therapy/ prevention and control /preventive measures /prevention/ control	-alcohol drinking/ drinking behavior/ self-control /environment controlled	control/ centers for disease control and prevention
Consommation contrôlée	controlled drinking		controlled environment/substances controlled/self-control	control/ centers for disease control and prevention
Contrôle	control		self control / centers for disease control and prevention	control

	controlled drinking self efficacy			control/self efficacy /self control /abusive behavior self control
Sevrage	weaning /withdrawal	weaning	weaning	weaning /substance withdrawal controlled
Qualité de vie	quality of life	life quality/ health related quality of life	quality of life	quality of life/ health and life quality

Mots en français	Mots en anglais	<u>Descripteurs Ovid</u>	<u>Descripteurs Ovid</u>
		<u>Medline</u>	<u>psychInfo</u>
Alcoolodépendance	alcoholism	alcoholism /alcohol drinking	alcoholism
Alcoolomane	alcohol addict	alcoholism /behavior, addictive	alcoholism/ alcohol abuse/ craving
Consommation contrôlée (Contrôle de la consommation)	drinking control /	alcohol drinking / alcohol related disorders	drinking behavior/ drug abstinence / drug abuse
Consommation contrôlée	controlled drinking	behavior therapy/ treatment outcome	alcohol rehabilitation / alcohol drinking patterns / treatment/ treatment outcomes/ self-control/ drug therapy
Contrôle	control	drug and narcotic control	impulse control, disorders
Sevrage	weaning /withdrawal	weaning / -	weaning/ alcohol withdrawal
Qualité de vie	quality of life	quality of life	quality of life

Stratégie de sélection des articles

Les articles sont retenus selon des critères d'exclusion et d'inclusion.

Les auteures ont choisi comme critère d'inclusion l'alcoolodépendance, c'est le seul mot clé qui apparaît dans tous les articles. Six articles étudiant la qualité de vie sont intégrés dans l'analyse, en effet ce concept peut être étudié, car différentes échelles de mesures mises au point ces dernières années permettent de questionner le type de population à laquelle s'intéresse les auteures, les adultes alcoolodépendants. Les articles concernant la consommation contrôlée sont retenus, dans la mesure où ils ne possèdent pas de critères d'exclusion. Concernant le mot clé « sevrage » ou « weaning », la plupart des études ressorties s'intéressaient aux différentes médications de soutien au sevrage. Ce critère n'a donc pas pu être inclu dans les équations de recherche. Il sera cependant développé dans la synthèse.

La thématique d'alcoolodépendance étant vaste, les critères d'exclusion sont nombreux. Le binge drinking « beuverie express » n'est pas retenu, car même si ce type de consommation est considéré comme mal adéquate, elle ne signifie pas qu'il y ait une dépendance. Les articles se concentrant sur les étudiants, adolescents et personnes d'âge avancé ne sont pas retenus. En effet, ils ne correspondent pas à la population ciblée. Afin de rester dans la tranche de population souhaitée, les études concernant la consommation d'alcool et le lien parent-enfant, la grossesse ou le post-partum sont exclues.

Les lesbiennes et gays font l'objet d'études spécifiques, cependant l'orientation sexuelle des répondants est considérée comme non-pertinente pour ce travail.

Comme cité plus haut, l'utilisation de médicaments n'est pas retenue. Qu'il s'agisse des médicaments de la dépendance, d'autres comme la trithérapie prescrite en cas de contamination au VIH, ou de la corrélation entre l'alcool et la consommation d'autres substances (cocaïne, nicotine, opioïdes), les auteures n'ont pas sélectionné les articles traitant ce sujet. Cependant, considérant le nombre important d'articles traitant de la consommation contrôlée et de la médication, les auteures ont décidé de ne pas les exclure systématiquement.

Les recherches étudiant la relation entre la consommation d'alcool et le sommeil sont exclues, au même titre que celles incluant les maladies mentales ou les symptômes tels que dépression, anxiété, stress. La corrélation avec le VIH ou d'autres maladies ne retient pas l'attention des auteures. Les études de population s'intéressant aux coûts engendrés par la consommation excessive d'alcool, ceci n'étant pas l'étude du présent document, ces articles ne sont pas sélectionnés.

Les articles ont été classés selon qu'ils traitent de la consommation contrôlée, de la qualité de vie ou du sevrage. Leur niveau de preuves a été examiné afin de retenir les articles ayant un niveau de preuve scientifique élevé. Un article a été exclu car « l'impact factor » du journal l'ayant publié n'était que de 0.05.

La lecture des résumés a permis de sélectionner treize articles qui ont subi une analyse plus approfondie. L'analyse a été effectuée à l'aide de la grille de Fortin (2010) adaptée, qui a mis en évidence le manque de pertinence de plusieurs articles. Le premier a été exclu, car il s'intéressait à la consommation contrôlée, cependant cette étude quantitative étudiait le nombre de jours d'abstinence, ce qui n'est pas pertinent dans le sujet de la consommation contrôlée. Puis, un deuxième article a été retiré car l'étude menée a conduit à un échec, de plus, elle n'apportait pas d'éléments permettant d'étayer la synthèse.

Suite à la rédaction de la synthèse, un article supplémentaire a été retiré, il traitait des substances médicamenteuses pouvant venir en aide au sevrage ou au maintien de la consommation contrôlée. Les substances médicamenteuses n'étant pas traitées dans ce travail, les informations de cet article n'étaient pas le prochain chapitre.

Les auteures ont analysé les articles scientifiques retenus à l'aide de la grille de Fortin (2010). Cette grille a permis aux auteures d'avoir une vision critique et structurée et d'en ressortir les points essentiels (Appendice D).

5. Synthèse des résultats et discussion

Synthèse des résultats des articles

La consommation contrôlée, vision des auteurs.

Comme le citent Van Amsterdam & Van den Brink, (2013) l'abstinence est encore pour bon nombre d'experts, l'unique objectif thérapeutique. Ils relèvent également qu'il est associé à une faible participation des patients au traitement. A partir de cette observation, d'autres pistes de traitement ont été recherchées, ainsi le concept de consommation contrôlée a été développé. A ce jour, il est encore en phase expérimentale. Luquiens, Reynaud & Aubin (2011) précisent qu'il n'y a pas actuellement de consensus quant à sa définition. Selon la recension des écrits de ces auteurs, l'amélioration de la qualité de vie est le critère principal du succès dans la pratique clinique (Luquiens & al., 2011). Dans un grand nombre de situations, la qualité de vie du patient est altérée. Par exemple, lorsqu'il a déjà tenté de multiples sevrages et se retrouve systématiquement en échec. Ainsi, lui donner la possibilité de consommer de l'alcool à intervalles réguliers lui permet d'avoir un but atteignable, de gagner en estime de lui-même et donc en qualité de vie. L'objectif de consommation contrôlée est considéré comme présentant un potentiel important de récupération pour les usagers (Pauly & al., 2016). La consommation contrôlée peut être un objectif de consommation au même titre que l'abstinence (Van Amsterdam & Van den Brink, 2013). A savoir que l'abstinence lorsqu'elle est l'unique objectif thérapeutique est associée à une faible participation des patients au traitement (Van Amsterdam & Van den Brink, 2013).

Parfois comparés mais souvent en opposition, l'abstinence et la consommation contrôlée montrent des pourcentages d'atteinte de l'objectif relativement équivalents (Van Amsterdam & Van den Brink, 2013). Les deux patterns s'opposent, l'abstinence étant étudiée depuis longtemps, ses spécialistes partisans disposent de bien plus de documentation et d'études sur le sujet. Cependant, les adhérents à la consommation contrôlée en tant qu'objectif ont, malgré le manque d'études sur le sujet, des arguments en faveur d'un bon pronostic (Luquiens & al., 2011). Les récentes études démontrent de bons résultats sur la qualité de vie (Foster, Powell, Marshall & Peters, 1999) et précisent que ces résultats sont durables. En outre, la consommation contrôlée peut amener à une résolution de la problématique de la dépendance à l'alcool (Luquiens & al., 2011).

Le choix de l'objectif par le thérapeute est déterminé par deux principaux facteurs. Ce dernier est influencé par des variables d'ordre personnel et professionnel, déterminées par son âge, sa profession, son expérience professionnelle d'utilisation de la consommation contrôlée et l'école de théorie dont il est issu (Luquiens & al., 2011).

D'autre part, le thérapeute tient compte d'autres facteurs liés à l'anamnèse du patient. Ces critères sont d'ailleurs considérés comme prédéterminant et pourraient être à l'origine d'un meilleur taux de réussite. Ils sont : le projet du patient, l'auto-efficacité perçue, l'historique des rechutes, la stabilité sociale, la sévérité de la dépendance, le statut

(résidentiel ou ambulatoire), les comorbidités physiques, le jeune âge, l'état civil et la confiance en un but thérapeutique (Luquiens & al., 2011).

Outre l'adhésion du thérapeute à un objectif de consommation contrôlée, le choix du patient quant à son propre but en matière de consommation d'alcool est déterminant (Daeppen & al., 2014). Ainsi, les objectifs du patient sont à prendre en considération, afin d'optimiser la prise en charge de la personne alcoolodépendante (Van Amsterdam & Van den Brink, 2013).

Il a toutefois été observé une différence sur les buts initiaux des traitements entre les spécialistes en alcoologie et leurs patients. Cet écart peut, en partie, être expliqué par l'attitude traditionnelle à visée d'abstinence des médecins européens. Il est intéressant de relever que la consommation contrôlée a été acceptée en tant que but de traitement par 48,6% de spécialistes français en alcoologie (Luquiens & al., 2011).

La qualité de vie et l'alcoolodépendance

Il est clairement établi par plusieurs auteurs que la qualité de vie est altérée chez les individus ayant une dépendance à l'alcool (Prisciandaro & al., 2012 ; Nogueira & Rodríguez-Míguez, 2015), particulièrement en ce qui concerne leur santé mentale et leur fonctionnement social (Daeppen & al., 2014). La qualité de vie reflète les conséquences de la consommation d'alcool (Luquiens & al., 2011) et selon Daeppen et al. (2014) elle est la première intervention à effectuer sur des patients alcoolodépendants. Les mesures de Nogueira et Rodríguez-Míguez (2015) nous apprennent sans

surprise que le score de la population générale est supérieur à celui des personnes alcoolodépendantes. Ainsi, les patients ayant un niveau de consommation nocif au début du traitement présentent une qualité de vie inférieure à celle des autres des patients. Pour, Foster et al. (1999) la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes, peut être améliorée par l'abstinence ou par une consommation contrôlée d'alcool.

Dans Daeppen et al. (2014), les consommateurs ont été classés dans trois groupes de profil de consommation : « patients presque abstinents, dont la plupart sont des abstinents », des « consommateurs modérés » et des « grands consommateurs ». Parmi les trois groupes de patients, une meilleure qualité de vie est observée chez ceux qui sont plutôt abstinents, intermédiaire pour les consommateurs modérés et plus faible parmi les patients du groupe grands consommateurs. Les résultats montrent également que les scores se sont améliorés pour l'ensemble de l'échantillon au cours du traitement, ce qui invite à penser que l'abstinence n'est pas une condition préalable dans l'amélioration du bien-être de l'individu (Berman, Wennberg & Sinadinovic, 2015).

Cependant, même si les scores des composantes mentales se sont améliorés dans les groupes de consommateurs modérés et surtout dans le groupe des grands consommateurs, ils restent inférieurs à la norme de la population (Daeppen & al., 2014).

Dès lors, il est pertinent de s'intéresser à la qualité de vie dans le cadre de la consommation contrôlée. Cette composante est actuellement plus

fréquemment évaluée dans les études de la dépendance à l'alcool. De plus, elle est en cohérence avec la définition de la santé de l'OMS (Luquiens & al., 2011).

Les déterminants de la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes, les échelles de mesure

De nombreuses échelles de mesure sont utilisées dans les études s'intéressant à mesurer ou objectiver l'alcoolodépendance et la qualité de vie.

La mesure de la dépendance peut s'effectuer à l'aide de l'« Alcohol Dependence Scale » (Daeppen & al., 2014) ou du test « AUDIT » (Alcohol Use Disorders Test). (Appendice C).

Ces échelles peuvent être utilisées au début du traitement, puis à plusieurs reprises afin de mesurer l'évolution.

La majorité des échelles de mesure de la qualité de vie sont des questionnaires généraux et ne s'attachent pas particulièrement à la population alcoolodépendante (Luquiens & al., 2016).

La qualité de vie liée à la santé peut être mesurée à l'aide du questionnaire SF-36 ou sous sa forme abrégée, le SF-12. Ce questionnaire est général, il ne s'intéresse pas spécifiquement aux personnes alcoolodépendantes (Luquiens & al., 2016 ; Nogueira & Rodríguez-Míguez, 2015). Une autre échelle, la SF-6D, est utilisée conjointement avec les questionnaires cités ci-dessus. Elle comprend six dimensions : le

fonctionnement physique, la limitation des rôles, le fonctionnement social, la douleur, la santé mentale et la vitalité (Nogueira & Rodríguez-Míguez, 2015).

L'EuroQol 5 (EQ-5D) mesure également la qualité de vie liée à la santé. Il s'agit d'un instrument générique mesurant cinq dimensions : mobilité, soins personnels, activités habituelles, douleur / malaise et anxiété / dépression (Luquiens & al., 2016). La plupart des échelles génériques ont été conçues principalement pour les patients atteints de maladies somatiques (Luquiens & al., 2016).

Les déterminants établis dans ces différentes échelles et jugés nécessaire par les experts pour mesurer de la qualité de vie liée à la santé portent sur quatre domaines : *l'état physique*, y compris l'autonomie et les capacités physiques ; *le bien-être physique*, y compris la douleur et les symptômes physiques ; *l'état psychologique*, y compris l'anxiété et la dépression ; et *les relations sociales*, y compris les domaines de la famille, des amis et du travail (Luquiens & al., 2016). D'autres auteurs estiment que la qualité de vie peut être divisée en 3 domaines : social, psychologique et physique (Foster & al., 1999). Tandis que l'analyse exploratoire de Luquiens et al. (2016) a révélé sept dimensions : activités, relations, conditions de vie, émotions négatives, estime de soi, contrôle et sommeil. Les dimensions « contrôle » et « estime de soi » sont d'un intérêt particulier car ces concepts ne sont pas saisis dans les échelles actuelles de mesure de la qualité de vie liée à la santé. De plus, étant donné que les instruments génériques sont destinés à être utilisés dans toute une gamme de maladies, ils sont moins pertinents pour relever les

manifestations spécifiques d'une maladie donnée, en particulier les troubles complexes tels que, le trouble lié à l'alcool (Luquiens & al., 2016).

Les facteurs influençant la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes ont été décrits par Daeppen et al. (2014). Ils portent sur la sévérité de la dépendance à l'alcool, l'intensité de l'utilisation de l'alcool, l'âge d'apparition de la dépendance à l'alcool, les antécédents familiaux d'alcoolodépendance, les conséquences de la dépendance à l'alcool, le statut professionnel, le genre, l'état civil, la présence de tabagisme, de consommation de drogues et sur l'historique psychiatrique. Ils incluent également la présence éventuelle d'un trouble de la personnalité et d'un état de stress post-traumatique.

Il est à noter que les changements de la qualité de vie durant le traitement sont influencés par la qualité de vie initiale. Cette évolution dépend également de la durée d'une éventuelle abstinence passée ou présente. La présence de symptômes psychiatrique et/ou l'utilisation de drogues illicites ont également un impact important sur la qualité de vie (Daeppen & al., 2014). La qualité de vie de l'individu peut également être perturbée par des symptômes physiques comme des problèmes de sommeil ou par de la douleur. Le soutien social est non seulement un facteur positif sur sa qualité de vie. Il contribue également à la poursuite du traitement (Foster & al., 1999).

Depuis 2016, Luquiens et al. ont mis au point un questionnaire spécifique, l'AQoLS (Alcohol Quality of Life Scale). (Appendice B).

Il s'agit d'un questionnaire auto-complété composé de 34 items et 7 dimensions : les activités, les relations, les conditions de vie, les émotions négatives, l'aptitude à s'occuper de soi, le contrôle (sur la consommation), et le sommeil (Luquiens & al., 2016). Il est le seul instrument de mesure de la qualité de vie propre aux patients atteints de dépendance à l'alcool et a été élaboré en fonction des commentaires personnels des patients. L'AQoLS peut être utilisé dans le contexte de la recherche clinique. Il peut fournir des informations sur l'efficacité des interventions thérapeutiques quel que soit l'objectif de consommation et démontrer la pertinence des interventions par rapport à la perspective des patients (Luquiens & al., 2016).

Luquiens et al. (2016) considèrent AQoLS comme une approche centrée sur le patient. En l'adoptant tout au long du suivi du patient, il contribue à la reconnaissance de l'importance de la perspective du patient dans le traitement ainsi qu'à l'évaluation des résultats du traitement de la dépendance à l'alcool. Ce questionnaire peut être considéré comme faisant partie du développement des outils permettant une approche globale, centrée sur le patient. Le fait que le patient puisse lui-même déterminer l'objectif qu'il veut atteindre dans le cadre de sa consommation est un critère déterminant pour viser l'amélioration de son état global.

Rôle infirmier, la formation et le dépistage

L'infirmière est en contact constant avec les patients, elle est par conséquent le soignant se situant en première ligne. Elle est celle qui peut

repérer de manière précoce les personnes pouvant avoir un problème avec l'alcool et ceci même s'ils sont admis pour d'autres motifs. En effet, les personnes souffrant d'alcoolodépendance fréquentent les services hospitaliers généraux pour des raisons autres que la consommation d'alcool. L'infirmière est dans une position privilégiée pour évaluer la situation des patients de manière exhaustive et ainsi participer au dépistage de différentes maladies, notamment l'alcoolodépendance (Arthur, 1998). Brooks & al. (2018) rejoignent cette idée en avançant le fait que les infirmières sont dans une bonne position pour mettre en place des stratégies d'intervention précoce dans leur pratique. Ils relèvent également, que même de nos jours, les patients présentant des troubles liés à l'alcool ou à la consommation de drogues, admis en milieu hospitalier, décrivent la stigmatisation subie par les fournisseurs de soins et précisent que leurs symptômes de sevrage sont souvent ignorés.

Développement des résultats

Selon ce qui précède et en lien avec la question de recherche « Quel sont les effets d'une intervention thérapeutique de type consommation contrôlée d'alcool sur la qualité de vie des personnes adultes alcoolodépendantes en échec de sevrage ? », les articles scientifiques synthétisés ci-dessus indiquent que la consommation contrôlée est une intervention supplémentaire pour venir en aide aux personnes alcoolodépendantes. En effet, comme le disent Daeppen et al. (2014), la qualité de vie augmente

parallèlement à la diminution de la consommation d'alcool. Par conséquent, il paraît pertinent de proposer un objectif alternatif aux personnes en échec de sevrage. Le contrôle de la consommation permet de stabiliser non seulement la consommation mais également d'améliorer la qualité de vie au travers de déterminants comme, l'état physique, l'autonomie, le bien-être, les relations sociales, l'état psychologique, l'estime de soi, le sommeil, les conditions de vie. (Luquiens & al., 2016 ; Foster & al., 1999). Certes, l'absence de consommation a prouvé son influence bénéfique sur la qualité de vie. Cependant, ce but ne peut pas être atteint par certaines personnes. La politique suisse en matière de réduction des risques s'est construite sur la base du modèle des quatre piliers (Savary, 2007 ; Office fédéral de la santé publique, 2016) et s'est ensuite développée plus amplement suite à la mise en place du modèle du cube (Office fédéral de la santé publique, 2015). Ainsi, cette intervention qu'est la consommation contrôlée, est tout à fait en adéquation avec l'évolution des volontés politiques.

Propositions pour la pratique

Nogueira et Rodríguez-Míguez (2015) ont mis en évidence diverses études ayant analysés les effets de l'alcool sur la santé et ont pu quantifier son impact sur l'espérance de vie, ainsi que sur la qualité de vie liée à la santé. L'alcool est le troisième facteur de risque pour la santé après le tabagisme et l'hypertension et le deuxième facteur majeur contribuant aux années de vie avec incapacité chez les hommes, après les troubles dépressifs. La

consommation problématique d'alcool a des conséquences négatives sur la morbidité et la mortalité liées à la toxicité aiguë qui entraînent des problèmes de santé physiques (encéphalopathies, néoplasmes malin, cirrhoses du foie) et mental (Brooks & al., 2018). La dépendance à l'alcool commence à l'âge moyen de 32,4 ans (Daeppen & al., 2014). Elle est une façon de faire face au manque de sens, à la dislocation, à la perte, au traumatisme et à la douleur (Pauly & al., 2016). Cette maladie conduit trop souvent à une marginalisation sociale et à la stigmatisation (Brooks & al., 2018). Ce constat amène à penser que la réduction des risques peut favoriser une amélioration de la qualité de vie d'un nombre important d'individus.

Des patients alcoolodépendants peuvent présenter des difficultés à maintenir l'abstinence qui est souvent une condition nécessaire pour recevoir des soins en milieu somatique hospitalier. Cette incapacité a pour conséquence une sortie prématurée de l'hôpital. La plupart de ces patients sont réadmis dans les 15 jours suivant leur sortie pour le même diagnostic. Les conséquences pour cette population sont des expériences négatives, des souffrances, ainsi que des coûts sanitaires et économiques importants pour la société. Par conséquent, la consommation contrôlée d'alcool en milieu hospitalier pourrait potentiellement prévenir les symptômes de sevrage liés à l'alcool, stabiliser les habitudes de consommation des patients et encourager les patients à poursuivre leur traitement hospitalier (Brooks & al., 2018).

Selon Patricia Starck (Smith & Liehr, 2013) l'un des rôles infirmier est de faire ressortir la motivation, par conséquent l'infirmière doit chercher

l'objectif principal de la personne alcoolodépendante et ainsi la guider vers la thérapie qui lui convient le mieux. L'infirmière va introspecter afin de faire émerger les ressources de la personne soignée. « La recherche de sens d'une personne est la principale motivation de la vie » (Frankl, 1984, p. 121). Par conséquent, le patient est l'unique personne à pouvoir trouver la motivation au travers du sens. Ainsi, si un patient ne trouve pas de sens dans l'abstinence, il ne pourra pas persévérer dans cette démarche et rechutera inévitablement, ce qui le conduira à un échec. Toutefois, si le fait de consommer de l'alcool présente un sens pour lui, il n'appartient qu'à lui de déterminer comment agir. Dans une telle situation, l'infirmière qui proposera à son patient une consommation contrôlée permettra le respect de la liberté de choisir.

6. Conclusion

Éléments facilitants et contraignants

La thématique de départ, « Comment gérer la consommation contrôlée de substances pour des personnes présentant des conduites addictives en structure d'accueil et les répercussions sur la relation soignante » comprenait de nombreux concepts. Ceci a représenté une difficulté quant à savoir dans quelle direction se diriger. La consommation contrôlée est un pattern relativement novateur qui n'est pas enseigné à l'école d'infirmière. Les informations transmises aux élèves, sur la thématique de la dépendance, concernent principalement le sevrage et l'abstinence. De plus, la consommation contrôlée est un sujet controversé et encore peu étudié. Le terme de substance est très vaste, il a été nécessaire de réaliser de nombreuses recherches afin d'identifier et de préciser les différentes substances existantes et étudiées. Les substances illicites sont moins représentées dans la littérature que l'alcool, le tabac.

La documentation concernant l'alcool est riche. Effectivement, c'est un problème de santé publique depuis loin dans l'histoire. Les traitements de l'alcoolodépendance se sont développés dans la deuxième partie du vingtième siècle, car auparavant le sevrage suivi d'une abstinence strict était l'unique réponse à ce problème.

Les limites

Tout au long de la rédaction, de nombreuses limites se sont présentées. Ainsi, il a été nécessaire de faire des choix et d'exclure certaines

thématiques. L'aspect social et familial n'a pas été développé malgré l'importance du soutien social dans ce type de problématique. Les facteurs amenant à l'abus chronique d'alcool n'ont pas été étudiés au même titre que la prévention et les comorbidités, ceci, du fait que ce travail est axé sur l'intervention. L'âge moyen du début de la dépendance est de 32,4 ans (Daepfen & al., 2014), l'infirmière sera par conséquent principalement amenée à soigner des personnes adultes. Les adolescents et les personnes d'âge avancé ne sont représentés dans ce travail. Le nombre de substances disponibles sur le marché est conséquent, il était donc pertinent d'en choisir une en particulier. L'alcool étant disponible dans les magasins et faisant partie de notre culture, il touche un plus grand nombre d'individus. L'impact d'une substance sur le cerveau aurait pu être détaillé plus amplement. Ce sujet, est si vaste qu'il pourrait être une thématique de travail de Bachelor à lui tout seul. Dans les traitements de la dépendance, la pharmacologie est un thème complexe et conséquent, de plus ce travail s'est concentré sur une thérapie psychologique. Une limite imposée par l'institution concerne le nombre de pages et d'articles scientifiques, ce qui a exigé de trier les données à disposition.

Perspectives pour la recherche

Les études analysées dans ce travail ont permis de mettre en avant des thèmes qu'il serait nécessaire d'approfondir. L'évaluation de l'intervention de la consommation contrôlée devrait bénéficier de plus de recherches afin de

permettre son implémentation dans la pratique. L'utilisation des différentes échelles de mesure de la qualité de vie a démontré l'importance d'adapter le questionnaire au type de population. Ainsi, l'utilisation de l'AQoLS (alcohol quality of life skale) (Luquiens & al., 2016) permet une mesure objective et devrait être utilisée de manière systématique. Dans les recherches futures, en plus de l'AQoLS, il serait intéressant de s'intéresser à la culture, à l'appartenance ethnique, ainsi qu'au concept de genre des participants.

La formation d'infirmière pourrait également bénéficier de plus amples recherches et s'ouvrir à ce pattern qui correspond à des valeurs infirmière telles que le respect de la liberté du choix du patient quant à son traitement et sa thérapie.

Pour conclure, dans un monde de conformisme ou chaque individu doit se plier à des normes sociales qui lui impose non seulement son habillement, mais également sa manière de se comporter et de penser, sous peine d'être marginalisé et jugé. L'abstinence tant prônée jusqu'à aujourd'hui représentait la seule réponse face à l'alcoolodépendance. La consommation contrôlée en termes d'intervention permet ainsi de diversifier la palette de thérapies à disposition et donne à la personne alcoolodépendante la possibilité de choisir le traitement qui lui conviendra le mieux, qui lui permettra d'améliorer sa qualité de vie et de trouver un sens à sa vie.

7. Références

- Addiction suisse (2014) Alcool, Focus 2014. Repéré à : http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Focus_Alcool.pdf
- Albrecht, A., & Daepfen, J.-B. (2007). [Controlled drinking for alcohol-dependent patients]. *Revue Medicale Suisse*, 3(118), 1670–2. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17726899>
- Albrecht. A. & Daepfen. J.-B. (2007). Controlled drinking for alcohol-dependent patients. *Revue Medicale Suisse*, volume 3. 32399, 3(118), 1670–1672. Repéré à : <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-118/32399>
- Arthur, D. (1998). Alcohol-related problems: a critical review of the literature and directions in nurse education. *Nurse Education Today*, 18(6), 477–87. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9847741>
- Auderset, J., & Moser, P. (2016). Ivresse & [et] ordre : Histoire illustrée de la question de l'alcool, de la politique suisse en matière d'alcool et de la Régie fédérale des alcools (1887-2015). Berne : Régie fédérale des alcools : Archives de l'Histoire rurale.
- Berman, A. H., Wennberg, P., & Sinadinovic, K. (2015). Changes in mental and physical well-being among problematic alcohol and drug users in 12-month Internet-based intervention trials. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(1), 97–105. Repéré à : <https://doi.org/10.1037/a0038420>
- Brooks, H. L., Kassam, S., Salvalaggio, G., & Hyshka, E. (2018). Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Harm Reduction Journal*. Repéré à : <https://doi.org/10.1111/dar.12659>
- Canton de Vaud, Police, (2017). Principales causes des accidents de la circulation. Repéré à : <http://www.votrepolice.ch/fr/securite-routiere/item/causes-d-accident>
- Guibet Lafaye. C. (2005). Bien-être et qualité de vie en santé : l'approche par les capacités. Cinquième Conférence Internationale sur l'Approche par les Capacités, Paris, France. <hal- 00510370>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110216>

- Centre Cochrane Français. (2011). Tutoriel « Introduction à l'Evidence-based nursing » 1. Repéré à : <http://studylibfr.com/doc/2004337/1.-formuler-la-question---centre-cochrane-français>
- Cesoni. ML., Robert. C-N. (1993). Etude sur la politique législative suisse en matière de prévention des toxicomanies, Rapport pour l'Office fédéral de la santé publique. Repéré à : <http://www.unige.ch/droit/cetel/publications/travauxCETEL41.pdf>
- Chavagneux. C. (2004). Alternatives Economiques, The Pursuit of Oblivion. A Global History of Narcotics, 1500 – 2000. Repéré à : <https://www.alternatives-economiques.fr/une-histoire-mondiale-drogues/00026503>
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2011). Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing (8^{ème} éd.). St. Louis Mo : Mosby Elsevier
- Collège des Enseignants de Neurologie. (2018). Addiction à l'alcool – Complications neurologiques de l'alcoolisme. Repéré à : <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme>
- Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la santé publique, (2016). Consommation d'alcool en Suisse en 2016. Repéré à : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/alkohol.html>
- Confédération suisse, Le conseil fédéral, Le portail du gouvernement suisse, 2013. Violence domestique et alcool vont souvent de pair. Repéré à : <https://www.admin.ch/gov/fr/start/dokumentation/medienmitteilungn.msg-id-48913.html>
- Confédération Suisse, Office fédéral de la santé publique, (2017). Repéré à : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/alkohol.html>
- Daeppen, J. B., Faouzi, M., Sanchez, N., Rahhali, N., Bineau, S., & Bertholet, N. (2014). Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 49(4), 457–465. Repéré à : <https://doi.org/10.1093/alcalc/aqu027>
- Benamouzig. D. (2010). « Mesures de qualité de vie en santé. Un processus social de subjectivation ? », Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem 2010/1 (N° 4), p. 135-176. DOI 10.3917/ccgc.004.0135

- Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93, (2), 72-82. doi :10.3917/rsi.093.0072. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-72.htm>
- Dessez. P & De La Vaissière. H. (2007). Adolescent et conduite à risque. Pays-Bas : Edition ASH.
- De Timary. P. (2016). L'alcoolisme est il une fatalité ? Comprendre et inverser une spirale infernale. Bruxelles : Editions Mardaga.
- Doudet. F.-X. (2000). Le fondement de la politique internationale des drogues. Paris Repéré à : http://www.grea.ch/sites/default/files/dep58_art1.pdf
- Echelle de Qualité de Vie (AQoLs) (n.d.). SSMG. Repéré à : https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/Alcool_aQoLS.pdf
- Fawcett, J. (1984). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F.A. Davis.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories (2^{ème} éd.). Philadelphia : F.A. Davis
- Fineout-Overholt, E. & Johnston, L. (2005), Teaching EBP: asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2, 157–160. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2005.00032.x>
- Fontaine. A. (2006). Double vie. Les drogues et le travail. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal, Canada : Chenalière éducation.
- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 8(3), 255–61. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10472156>

- Gillet, C., & Mossé, P. (2009). L'Alcoolodépendance : Une Addiction Comme Une Autre ? Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009>
- Gmel, G., Notari, L., Gmel, C. (2018). Suchtmonitoring Schweiz - Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz. Repéré à: <http://faits-chiffres.addictionsuisse.ch>
- Jacqmin, N. (2012). Fonder ses décisions cliniques sur les preuves scientifiques. *Soins*, 57(771), 27–30. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2012.10.005>
- Jovic, L., & Formarier, M. (2012). Les concepts en sciences infirmières (2e éd. ed.). Lyon : Mallet Conseil.
- La politique drogue de la Suisse, Histoire et actualités (2006) Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. Repéré à http://www.grea.ch/sites/default/files/Zobel_frank.pdf
- Le Garrec. S. (2002). Ces ados qui en prennent. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Lenoir, M., & Noble, F. (2016). Qu'apporte la neurobiologie aux addictions ? *La Presse Médicale*, 45(12), 1096–1101. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.02.021>
- Luquiens, A., Reynaud, M., & Aubin, H. J. (2011). Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of french alcohol specialists. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5), 586–591. Repéré à: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agr083>
- Luquiens, A., Whalley, D., Laramée, P., Falissard, B., Kostogianni, N., Rehm, J., ... Aubin, H. J. (2016). Validation of a new patient-reported outcome instrument of health-related quality of life specific to patients with alcohol use disorder: the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS).
- Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B., Delgrande Jordan, M. (2015). Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986 - Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) (Forschungsbericht Nr. 75). Lausanne: Sucht Schweiz. Repéré à: <http://faits-chiffres.addictionsuisse.ch>

- Menecier, P., Sagne, A., Menecier-Ossia, L., Plattier, S., & Ploton, L. (2012). Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l'alcool : étude exploratoire en milieu hospitalier. *Psychotropes*, 18(2), 61. <https://doi.org/10.3917/psyt.182.0061>
- Morel, A., Couteron, J.-P. & Fouilland, P. (2010). Aide mémoire d'addictologie. Paris : Dunod.
- Nogueira, J. M., & Rodríguez-Míguez, E. (2015). Using the SF-6D to measure the impact of alcohol dependence on health-related quality of life. *The European Journal of Health Economics*, 16(4), 347–356. Repéré à : <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0627-z>
- Office Fédéral de la Santé public (2016), Spectra, La politique suisse en matière de drogue aux niveaux national et international. Repéré à : <http://www.spectra-online.ch/fr/spectra/themes/la-politique-suisse-en-matiere-de-droque-aux-niveaux-national-et-international-492-10.html>
- Office fédéral de la santé public, (2015). Stratégie nationale Addictions 2017–2024. Repéré à : https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2660/Strategie_Nationale_Addiction.pdf
- Office fédéral de la santé public, (2016). Politique Suisse en matière de drogue. Repéré à : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/aktuell/news/news5.html>
- Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Krysovaty, B., & Stockwell, T. (2016). Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*, 13(1), 15. Repéré à : <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0102-5>
- Praticiens addiction suisse, (2015). Sevrage ambulatoire. Repéré à : <https://www.fosumos.ch/fosumos/index.php/fr/alcool/sevrage-alcool/sevrage-ambulatoire>
- Praticiens addiction suisse, (2015). Sevrage en milieu résidentiel. Repéré à : <https://www.fosumos.ch/fosumos/index.php/fr/alcool/sevrage-alcool/sevrage-hospitalier>
- Prisciandaro, J. J., Desantis, S. M., & Bandyopadhyay, D. (2012). Simultaneous Modeling of the Impact of Treatments on Alcohol Consumption and Quality of Life in the COMBINE Study: A Coupled

Hidden Markov Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(12), 2141–2149. Repéré à : <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01823.x>

Provost, M.A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2010). *Normes de présentation d'un travail de recherche*. (4e éd.). Trois-Rivières : Les Éditions SMG.

Rapport annuel, (2006). État du phénomène de la drogue en Europe (2006) Chapitre 7, Maladies infectieuses et décès liés à la drogue. Repéré à : <http://ar2006.emcdda.europa.eu/fr/page011-fr.html>

Rapport Flajolet, (2001). Annexe 1 la prévention : définition et comparaisons. Repéré à : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

RTS, découverte, (2013). Le sida, des origines à aujourd'hui. Repéré à : <https://www.rts.ch/decouverte/dossiers/2012/sida/4387582-le-sida-des-origines-a-aujourd-hui.html>

Saunders, J-B., Aasland, O-G., Babor, T-F., de la Fuente, J-R & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. Repéré à : <http://www.automesure.com/library/pdf/8329970.pdf>

Savary. J-F. (2007) La politique suisse en matière de drogues, Le modèle des 4 piliers, historique et perspectives, Groupement Romand d'Études sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies. Repéré à : http://www.artias.ch/wp-content/uploads/2010/11/Dossier_fevrier_2007.pdf

Soulet. M.-H. (2002). Gérer sa consommation, drogues dures et enjeu de la conventionalité. Fribourg, Suisse : Editions Universitaires.

Stop-alcool, (2017). Lors du sevrage d'alcool. Repéré à : <https://www.stop-alcool.ch/aides-au-sevrage>

Stop-alcool (2017) Petite histoire de la consommation d'alcool. Repéré à : <https://www.stop-alcool.ch/une-substance-psychoactive/historique>

Stop-alcool, (2017). Panorama des traitements. Repéré à : <https://www.stop-alcool.ch/panorama-des-traitements>

- Tassin. J.-P. (2002). La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. Académie nationale de médecine Séance thématique « drogues illicites d'aujourd'hui et santé ». Repéré à : <http://www.academie-medecine.fr/publication100034909/>
- Valleur. M. & Velea. D. (2002). Les addictions sans drogue(s). Centre Médical Marmottan. Paris Repéré à : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Toxibase/RevueToxibase/2002/6/01.pdf>
- Van Amsterdam, J., & Van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27(11), 987–997. Repéré à : <https://doi.org/10.1177/0269881113495320>
- Varescon, I. (2009). Introduction : Les addictions comportementales : définitions, évolution du concept et questions. Dans Les addictions comportementales : Aspects cliniques et psychopathologiques (pp. 11-18). Wavre, Belgique : Mardaga. Repéré à : <https://www.cairn.info/les-addictions-comportementales--9782804700225-page-11.htm>
- Wolter, L. & Della Santa, V. (2013). Prise en charge du patient en intoxication éthylique aigue. *Revue Médicale Suisse*, volume 9. 1461-1464. Repéré à : <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-394/Prise-en-charge-du-patient-en-intoxication-ethylique-aigue>

8. Appendices

Appendice A : Tableau des MesH

Base de données	Mots clés	Filtres	Articles trouvés	Résumés lus	Articles retenus selon le résumé
Pubmed	("alcohol use disorder" AND "control") OR ("weaning" AND "quality of life")	5 ans full texte	220	13	8
Cochran	("alcoholism" AND "self control" AND "quality of life")	All	1	1	1
CINAHL	("Alcoholism" AND "control" AND "quality of life")	Find all my search terms Full text Adult	5	3	2 Dont 1 déjà trouvés dans une autre base de données
Medline	("alcohol drinking" AND "behavior therapy" AND "quality of life")	Humans Full text 2008-2018	5	1	1
Psychinfo	("alcoholism" AND "drinking behavior" AND "quality of life")	Full text Humans 2008-2018	106	17	9 Dont 1 déjà trouvé dans une autre base de données
Medline	("Controlled drinking" AND "controlled trial")	Aucuns	22	7	3
Pubmed	("controlled drinking" OR "managed alcohol") AND (RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "systematic review" OR "meta-analysis" OR "review")	Aucuns	64	35	30 dont 11 qui ont moins de 10 ans

Appendice B : AQoLS

Échelle de Qualité de Vie (AQoLS)

Merci de bien vouloir lire les instructions attentivement

Le but de ce questionnaire est d'évaluer l'impact qu'a eu l'alcool sur votre vie au cours des 4 dernières semaines. Merci de vous rappeler de ne pas répondre pour une période qui dépasse les 4 semaines. Dans ce questionnaire le mot 'alcool' sera utilisé pour décrire votre relation avec l'alcool dans son ensemble, indépendamment du fait qu'actuellement vous buvez ou non.

Veuillez choisir pour chaque affirmation la réponse qui correspond le mieux à votre situation. S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément
1. J'ai eu l'impression de passer à côté d'activité de tous les jours avec ma famille et mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il m'a été difficile d'aller au bout de mes projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai été limité(e) dans les endroits où je pouvais aller à cause de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai eu du mal à effectuer des activités physiques à cause de l'alcool (ex : bricolage, marche, vélo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A cause de l'alcool, l'entretien de ma maison m'a demandé trop d'effort (ex : faire la vaisselle, la lessive, faire le ménage, changer une ampoule, le jardinage).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'alcool a nui à ma capacité de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Je me suis isolé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai négligé les personnes qui me sont proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'alcool a gâché ma relation avec mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me suis mal comporté(e) à l'égard des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai eu l'impression de passer à côté de ma vie de famille à cause de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai eu l'impression que les gens n'avaient pas confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'alcool a nui à ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. L'alcool a nui à ma relation avec mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai eu du mal à être à jour dans mes papiers (comme mon courrier, organiser mes rendez-vous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'alcool a nui aux conditions dans lesquels j'ai pu me loger (ex : changement de domicile, personne(s) avec qui je partage mon logement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tout mon argent est passé dans l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai eu des difficultés financières dues à l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai eu honte de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai eu l'impression que les gens me méprisaient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai eu l'impression de gâcher ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je me suis fait du souci de l'impact qu'a eu l'alcool sur ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je me suis fait du souci sur les problèmes que l'alcool a causé dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je n'ai pas eu d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai négligé mon apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. J'ai négligé ma santé en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Par ma faute je me suis trouvé(e) dans des situations risquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. J'ai eu l'impression que rien n'a été plus important que l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. L'alcool m'a contrôlé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ma vie a tourné autour de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. J'ai planifié mes journées autour de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. J'ai eu l'impression de ne pas avoir le contrôle de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Je n'ai pas eu de bonne nuit de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je n'ai pas suffisamment dormi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendice C : Questionnaire AUDIT

AUDIT

Please circle the answer that is correct for you

1. how often do you have a drink containing alcohol?					
Never	Monthly or less	Two to four times a month	Two to three times a week	Four or more times a week	
2. how many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?					
1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?					
Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?					
Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?					
Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?					
Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?					
Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?					
Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking?					
No	Yes, but not in the last year		Yes, during the last year		
10. Has a relative or friend, or a doctor or other health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?					
No	Yes, but not in the last year		Yes, during the last year		

Procedure for Scoring AUDIT

Questions 1-8 are scored 0,1, 2, 3 or 4. Question 9 and 10 are scored 0, 2 or 4 only. The response coding is as follow;

	0	1	2	3	4
Question 1	Never	Monthly or less	Two to four times per	Two to three times per	Four or more times per

			month	week	week
Question 2	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more
Question 3-8	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
Question 9-10	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year

The minimum score (for non-dinkers) is 0 and the maximum possible score is 40.

A score of 8 or more indicates a strong likelihood of hazardous or harmful alcohol consumption.

Appendice D : Grille de Fortin (2010)

Eléments d'évaluations
<ul style="list-style-type: none"> • Référence
Titre
<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?
Résumé
<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?
Recension des écrits
<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ?
Cadre de recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
METHODE
Population et échantillon
<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur

<p>la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?
Considérations éthiques
<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?
Modes de collectes de données
<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?
Analyse des données
<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?
RESULTATS
Présentation des résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

- Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Conséquences et recommandations

- Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?
- L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?
- Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Article 1 :

Eléments d'évaluations
Brooks, H., Kassam, S., Salvalaggio, G. & Hyshka, E. (2018). Implementing managed alcohol programs in hospital setting: A review of academic and grey literature
Titre
Il s'agit d'un programme de gestion de l'alcool en milieu hospitalier. Il est précisé dans le titre qu'il s'agit d'une revue. Par contre la population à l'étude n'est pas mentionnée dans le titre.
Résumé
<p>Le résumé est clair et synthétique, il est structuré. On y trouve la problématique, la méthodologie, les résultats et la conclusion.</p> <p>Dans la problématique, les auteurs mentionnent le fait que les personnes souffrant de graves troubles de la consommation d'alcool ont un grand risque d'obtenir de mauvais résultats de soins en raison de la difficulté qu'ils rencontrent à maintenir une abstinence pendant leur hospitalisation. Le programme de consommation contrôlée d'alcool destiné à prévenir le sevrage et à stabiliser les habitudes de la consommation est une stratégie pour améliorer l'adhérence au traitement et améliorer la santé des patients hospitalisés souffrant de troubles graves d'alcoolisme.</p> <p>Pour ce qui est de la méthodologie, les auteurs ont effectué un examen de la portée (scoping review) ; la méthodologie est similaire à une revue systématique.</p> <p>Les résultats ne sont pas décrits, mais ils développent la manière dont ils s'y sont pris afin de récolter les différents articles.</p> <p>En ce qui concerne la conclusion, les auteurs mentionnent que la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'approche de réduction des méfaits en milieu hospitalier est potentiellement réalisable.</p>
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le problème à l'étude est : les troubles liés à la consommation d'alcool qui peuvent être légers, modérés ou sévères et qui conduisent à une altération ou une détresse clinique.</p> <p>L'alcool étant l'un des facteurs à risques de maladie le plus important au niveau mondial.</p> <p>Les auteurs démontrent que les personnes qui subissent une marginalisation sociale et une consommation problématique d'alcool, ont une probabilité plus élevée d'être admis dans un service d'urgences, et d'y rester plus longtemps que les séjours hospitaliers moyens. Les patients présentant des troubles d'alcool ou de consommation de drogues, décrivent qu'ils subissent une stigmatisation par les fournisseurs de soins et que leurs symptômes de sevrage sont souvent ignorés. Les patients peuvent présenter des difficultés à maintenir l'abstinence, ce qui est souvent une condition nécessaire pour recevoir des soins hospitaliers, c'est pourquoi souvent ils quittent l'unité de soins et sont réadmis dans les 15 jours qui suivent pour le même diagnostic initial. Ceci entraîne des expériences hospitalières négatives, des souffrances pour les patients qui sont inutiles, des coûts sanitaires et économiques importants et des perturbations pour les autres patients et le personnel soignant.</p> <p>Le programme est approprié dans le contexte des connaissances actuelles ; les auteurs mettent en avant qu'au niveau mondial (selon l'OMS), la consommation problématique d'alcool a des conséquences négatives significatives sur la morbidité et la mortalité liées à la toxicité aiguë qui entraînent des encéphalopathies, des néoplasmes malins, des cirrhoses du foie, des problèmes de santé mentale et des victimisations violentes. Elles concernent principalement des personnes qui sont défavorisées sur le plan socioéconomique.</p> <p>Oui le problème est significatif pour la discipline « infirmière » car elle amène des connaissances supplémentaires sur la prise en charge des patients en milieu hospitalier.</p>
Recension des écrits
<p>Oui, étant donné qu'il s'agit d'une revue de littérature, les auteurs ont sélectionné des articles qui traitent sur le sujet qui les intéressent afin de mettre en évidence les connaissances de ces divers articles. Des études antérieures sur le même sujet sont citées.</p> <p>Cette revue semble avoir des sources de qualité, ce qui permet d'offrir un socle solide pour la</p>

recherche en question. Oui, les auteurs exposent un état critique et structuré des connaissances actuelles sur le sujet. Oui des sources primaires sont présentes dans cette revue.
Cadre de recherche
Les concepts clés sont mis en évidence ; les troubles liés à la consommation d'alcool, l'hôpital, le programme d'alcool dirigé (consommation contrôlée d'alcool) et la réduction des méfaits. Ils s'inscrivent dans un cadre de référence et sont liés à l'étude. Oui, le but de l'étude a été mentionné. Les auteurs précisent qu'aucune recherche n'a été explicitement décrite dans la mise en œuvre de la consommation contrôlée d'alcool dans les établissements de soins à courte durée. Leurs objectifs étant justement d'évaluer la faisabilité de la mise en œuvre de la consommation contrôlée d'alcool chez les patients hospitalisés
Buts et question de recherche
Oui, comme dit précédemment, le but est énoncé de manière claire et concise. La variable étant de savoir si la consommation contrôlée d'alcool pourrait être envisagée dans les milieux de soins à courte durée. A savoir que les variables sont dépendantes de chaque étude. Elles reflètent les concepts. Oui elle découle de manière logique du but de la recherche. En ce qui concerne les croyances, les valeurs ou les perceptions des participants, aucune information n'a été donnée là-dessus. Les questions de recherche s'appuient sur des bases théoriques mais pas philosophiques.
METHODE
Population et échantillon
La synthèse des études a présenté des contextes et des caractéristiques d'échantillonnages divergents. Deux auteurs ont codé toutes les études pour les pays ; le type d'étude, les objectifs, le milieu, la taille de l'échantillon, les caractéristiques des participants (âge, sexe ou genre, origine ethnique ou race) et dose et voie d'administration. Des cas ambigus ont été discutés entre les codeurs au vu de résultats divergents donnés par un autre chercheur de cette revue. La taille globale des échantillons variait de 1 à 200 pour les études empiriques. En termes de caractéristiques des participants, 9 études ont décrit le sexe des participants, 4 ont décrit le genre, 17 n'ont pas indiqué s'ils décrivaient le sexe ou le genre, et 12 n'ont pas décrit le sexe ou le genre du tout. 11 études décrivent la race ou l'appartenance ethnique du participant. 3 études ont décrit la race, deux l'ethnicité et 6 n'ont pas indiqué si elles décrivaient la race ou l'origine ethnique. Pour le reste rien n'a été détaillée.
Considérations éthiques
Pour cette revue, il n'est pas précisé si les droits des participants sont respectés dans les différentes études mentionnées. Le but de l'étude est de trouver une stratégie adéquate pour les personnes présentant des troubles liés à l'alcool dans un milieu hospitalier de courte durée afin d'améliorer la prise en charge de ceux-ci.
Devis de recherche
Oui, le devis de recherche prévu a permis la faisabilité de l'étude. Cet article est un examen de la portée, c'est-à-dire que les auteurs ont sélectionné et analysé différentes études afin d'avoir une vision d'ensemble sur le sujet. Elle permet donc d'examiner les questions de recherches. Les auteurs précisent les caractéristiques de l'étude ; la recherche s'est faite sur 4 bases de données académiques - Medline, Embase, PsycInfo et EBSO CINAHL Plus - et 10 dépôts de littérature grise ont été recherchés principalement sur des bases de données canadiennes car la consommation contrôlée d'alcool a été largement utilisée au Canada. La méthode de recherche est donc appropriée à l'étude. Il n'y a pas de temps passé sur le terrain auprès des participants étant donné qu'il s'agit d'une revue de littérature.
Modes de collectes de données
Comme dit précédemment, les auteurs ont utilisé des bases de données académiques afin de répondre aux questions de recherches. Les questions sont liées au but de la recherche et sont en rapport avec le contexte actuel. Etant donné qu'il s'agit d'une revue, aucune observation du phénomène n'a été faite.

<p>Les grandes variables des études ont été incluses dans cette revue.</p> <p>Les 42 enregistrements inclus ont été publiés entre 1967 et 2016. Dans tous les cas, la plupart des études ont été examinées par des pairs.</p>
Conduite de la recherche
<p>Les auteurs décrivent les méthodes d'extractions ainsi que les procédés pour obtenir et confirmer les données.</p> <p>Les données de chaque document ont été extraites indépendamment par deux auteurs.</p> <p>Cette revue a identifié 1939 enregistrements. Un total de 214 copies ont été retirées, laissant un échantillon de 525 résultats académiques et 1200 résultats de littérature grise.</p> <p>Les critères d'inclusions comprennent les études qui indiquent des recherches relatives à l'administration d'alcool pour prévenir ou traiter les syndromes de sevrages en milieu hospitalier ou des recherches et revues de littérature sur la consommation contrôlée d'alcool. Les critères d'exclusions ont été également décrits. Le titre et la phase de présélection analytique ont identifié 93 articles potentiellement pertinents. Chaque texte complet a été lu et examiné pour sa pertinence, ce qui a donné lieu à 35 études à inclure dans la revue. Et 7 études supplémentaires ont été incluses ce qui a donné à un total de 42 études incluses dans cette revue.</p> <p>La retranscription des données sont sous forme de tableau.</p>
Analyse des données
<p>Cette revue a utilisé à la fois l'analyse qualitative du contenu et le codage déductif quantitatif afin de générer une synthèse des études incluses. A été utilisée l'approche d'analyse du cadre de Richie et Spencer qui consiste à cartographier et à trier le matériel en fonction des questions clés et des thèmes en les mettant en forme de tableau.</p> <p>Les grandes variables d'études ont permis aux chercheurs de synthétiser de manière fiable les résultats des études communautaires et hospitalières sur des thèmes pertinents pour le développement d'une consommation contrôlée d'alcool dans le cadre hospitalier.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>Les auteurs indiquent le nombre d'études sélectionnées, évaluées pour l'admissibilité et celles retenues dans la revue en expliquant les raisons d'exclusions et d'inclusions. Un tableau récapitulatif a été fait.</p> <p>Les thèmes ont été logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène à l'étude.</p> <p>Les résultats ont été résumés par un texte narratif.</p>
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats sont décrits en fonction du cadre de recherche et en fonction de ce qui a été démontrés par les différentes études.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures étant donné qu'il s'agit d'un examen de la portée.</p> <p>Les conclusions découlent des résultats d'analyse.</p> <p>L'étude n'a pas procédé à une revue systématique, les limites de la littérature existantes sur le sujet ne permettant pas une évaluation de la qualité des études.</p> <p>Pour la discipline infirmière, pour les patients qui n'arrivent pas à s'abstenir de boire, la consommation contrôlée d'alcool pourrait être bénéfique, mais nécessite encore de plus amples recherches sur le sujet.</p>
Conséquences et recommandations
<p>La conclusion suggère que la mise en œuvre d'une consommation contrôlée d'alcool en milieu hospitalier est faisable et pourrait potentiellement prévenir les symptômes de sevrage lié à l'alcool, stabiliser les habitudes de la consommation des patients, décourager la consommation d'alcool non comestibles (désinfectants pour les mains...) et encourager les patients à rester à l'hôpital.</p> <p>De futures recherches sont nécessaires afin de développer et d'évaluer cette intervention de réduction des méfaits en milieu hospitalier et d'identifier ses bienfaits pour réduire les effets négatifs sur la santé des individus alcoolodépendants.</p>

Article 2 :

Eléments d'évaluations
Luquiens, A., Whalley, D., Laramée, P., Falissard, B., Kostogianni, N., Rehm, J., ... Aubin, H. J. (2016). Validation of a new patient-reported outcome instrument of health-related quality of life specific to patients with alcohol use disorder: the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS). <i>Quality of Life Research</i> , 25(6), 1549–1560. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1190-5
Titre
Validation d'un nouvel instrument de mesure de la qualité de vie liée à la santé, spécifique aux patients ayant un trouble lié à la consommation d'alcool, rapporté par le patient : the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS).
Résumé
<p>Objet : L'AQoLS est un nouveau questionnaire de 34 questions sur les résultats de mesure de la qualité de vie liée à la santé (QVLS), spécifique aux patients ayant un trouble lié à l'alcool, développé du point de vue des patients.</p> <p>Méthode : Un total de 285 patients sélectionnés aléatoirement et recevant des interventions pour des troubles liés à la consommation d'alcool dans des centres de soins spécialisés en France ont été inclus dans l'étude (taux de réponse de 80,1%)</p> <p>Résultat : L'analyse exploratoire a révélé sept dimensions observées : activités, relations, conditions de vie, émotions négatives, estime de soi, contrôle et sommeil.</p> <p>Conclusion : Cette étude fournit des preuves des propriétés psychométriques de la mesure en termes de validité de construction et de cohérence interne. Les dimensions « contrôle » et « estime de soi » sont d'un intérêt particulier car ces concepts ne sont pas saisis dans la QVLS actuelle.</p>
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Les troubles de l'usage de l'alcool ont le plus grand écart de traitement (78,1%, ce qui signifie que seul 21.9% des patients sont traités pour leur dépendance à l'alcool) parmi les troubles psychiatriques dans le monde. Cela pourrait s'expliquer en partie par la crainte de se voir proposer un traitement axé sur l'abstinence. Ces résultats ont contribué à revisiter l'acceptabilité des stratégies reposant sur la réduction de la consommation d'alcool, étayées par la modélisation récente de la réduction des risques liée à la réduction de la consommation d'alcool.</p> <p>Ce contexte, ainsi que la récente première approbation européenne d'un médicament destiné à réduire la consommation d'alcool chez les patients alcoolodépendants, souligne la nécessité de résultats non liés à la consommation qui pourraient évaluer l'efficacité des abstinents et des non-abstinents et cibler des interventions qui permettraient la comparaison entre elles.</p> <p>De plus, ces évolutions peuvent être considérées comme faisant partie du développement plus global des approches centrées sur le patient, considérant l'objectif de consommation comme un critère de substitution de l'amélioration de l'état global du patient.</p> <p>Récemment, plusieurs concepts qualitatifs non liés à l'alcool ont émergé pour mesurer les états cliniques et les résultats des patients : les conséquences négatives, l'état de manque et la qualité de vie liée à la santé (QVLS).</p> <p>La qualité de vie liée à la santé (QVLS) est un résultat non-alcoolique consensuellement reconnu dans le domaine de l'alcoolodépendance ainsi que dans la médecine factuelle dans son ensemble. La QVLS pourrait être particulièrement utile pour évaluer le bénéfice du traitement, en particulier dans les interventions ciblées non abstinentes. La QVLS reflète les sentiments et le fonctionnement des patients et l'impact de leur état de santé au-delà de la simple évaluation des symptômes.</p> <p>AQoLS a déjà montré une bonne validité à travers deux cycles d'entretiens de débriefing cognitifs menés auprès de 31 patients avec un trouble lié à l'alcool en cours ou en rémission dans les deux pays.</p> <p>Il s'agit du premier rapport établissant des preuves à l'appui de la fiabilité de la mesure et de la validité de l'AQoLS.</p>
Recension des écrits

Une revue systématique des instruments de qualité de vie utilisés dans les essais cliniques sur la dépendance à l'alcool a montré que les instruments génériques ne montrent souvent aucune différence entre les groupes de traitement, même lorsque l'efficacité de l'intervention expérimentale est démontrée.

Cette méthodologie garantit que l'AQoLS reflète les préoccupations des patients et peut être utilisée pour explorer l'impact global de l'abus d'alcool sur la QVLS des patients.

Classiquement, la QVLS implique quatre domaines : l'état physique, y compris l'autonomie et les capacités physiques ; le bien-être physique, y compris la douleur et les symptômes physiques ; état psychologique, y compris l'anxiété et la dépression ; et les relations sociales, y compris les domaines de la famille, des amis et du travail. Cependant, la plupart des échelles génériques, comme le SF-36 et le EQ-5D, n'ont pas été développées du point de vue des patients mais des experts ; la plupart d'entre eux ont été développés principalement pour les patients atteints de maladies somatiques

De plus, étant donné que les instruments génériques sont destinés à être utilisés dans toute une gamme de maladies, ils sont moins capables de capturer les manifestations spécifiques d'une maladie donnée, en particulier les troubles complexes tels que le trouble lié à l'alcool.

Une recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.

Elle semble présenter une base solide pour l'étude puis que l'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur les divers questionnaires liés à l'évaluation de la QVD

Cadre de recherche

Afin de réduire le biais caractéristique spécifique à chaque pays de la nouvelle mesure, tous les stades de développement de l'AQoLS ont été menés simultanément au Royaume-Uni (RU) et en France. Le contenu a été développé à partir de l'analyse qualitative de groupes de discussion au Royaume-Uni et en France impliquant 38 patients anglais et français avec un problème lié à l'alcool en cours ou en rémission et présentant différents niveaux de sévérité.

Buts et question de recherche

Le but de cette recherche est de prouver la validité du AQoLS. Les auteurs ont souhaité développer un questionnaire mesurant la QDV des personnes alcoolodépendantes précisément.

Ce nouvel outil de mesure se plaçant du point de vue du patient, elle s'intéresse directement à l'expérience et aux perceptions des participants.

METHODE

Population et échantillon

Cette étude de validation fait partie d'une enquête plus large menée dans huit pays européens, dont la France. L'étude est une enquête personnelle basée sur des entrevues menées auprès de patients âgés de 18 à 64 ans atteints d'une dépendance à l'alcool afin de comprendre les besoins médicaux de cette population. L'étude présentée dans cet article est une étude imbriquée visant à valider la version française de l'AQoLS.

Les patients ont été recrutés dans des milieux de soins spécialisés en toxicomanie en français. Six centres ont été choisis au hasard dans un registre de 161 centres de soins spécialisés en toxicomanie du pays. La méthode d'échantillonnage aléatoire a été choisie pour améliorer la représentativité de notre échantillon afin de refléter le système de traitement de la dépendance à l'alcool en France. Un total de 285 patients ambulatoires actuellement traités pour une dépendance à l'alcool ont été inclus dans l'étude. Tous les sujets adultes âgés de 18 à 64 ans dans les établissements de soins spécialisés qui avaient une dépendance à l'alcool (en cours ou remis) et qui recevaient un traitement pour leur trouble étaient éligibles pour faire partie de l'étude

Considérations éthiques

Les patients ont signé un formulaire de consentement écrit et éclairé après avoir expliqué le but de l'étude. L'étude a satisfait aux exigences françaises en matière d'études observationnelles et a été approuvée par le Comité consultatif sur le traitement de l'information en recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS).

Devis de recherche

La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé, puisque l'échantillon est suffisamment grand et a donc demandé un investissement de temps auprès des participants ainsi

<p>que pour l'analyse des différents questionnaires.</p> <p>La méthode utilisée était de demander aux patients de remplir eux même le questionnaire, elle paraît pertinente, puisque cette étude s'intéresse au point de vue du patient.</p>
<p>Modes de collectes de données</p> <p>Les caractéristiques sociodémographiques ont été recueillies auprès des patients, y compris l'âge, le sexe et l'emploi. Les patients ont également complété un questionnaire afin de vérifier leur dépendance à l'alcool, le test AUDIT-C, un bref questionnaire de dépistage qui identifie de manière fiable les patients qui ont une dépendance à l'alcool en cours.</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>Les patients inclus dans l'étude de validation ont auto-complété l'AQoLS en une seule fois dans le cadre des soins de santé, au cours d'un rendez-vous dédié, sans aide pour remplir le questionnaire. L'AQoLS est un questionnaire auto-complété composé de 34 items et 7 dimensions a priori hypothétiques au stade du développement : activités (items 1-6), relations (items 7-14), conditions de vie (items 15-18), émotions négatives (items 19-23), s'occuper de soi (items 24-27), contrôler (items 28-32) et dormir (items 33-34).</p> <p>Des échelles supplémentaires de QVLS ont été modifiées pour le formulaire de recherche clinique.</p> <p>L'Enquête sur la santé³⁶ (SF-36) a été utilisé. Il s'agit d'un questionnaire de 36 items qui comprend huit dimensions : fonctionnement physique, limitation du rôle physique, limitation du rôle émotionnel, douleur corporelle, santé mentale, fonctionnement social, vitalité et perception générale de la santé. Il comprend également deux résumés de composants : mental (MCS) et physique (PCS).</p> <p>Les dimensions d'EuroQol 5 (EQ-5D) sont un instrument générique basé sur les préférences pour décrire et évaluer la QVLS en termes de cinq dimensions : mobilité, soins personnels, activités habituelles, douleur / malaise et anxiété / dépression</p>
<p>Analyse des données</p> <p>Une analyse descriptive de la démographie de la population et de la gravité de la maladie a été effectuée.</p> <p>Seuls les patients ayant terminé tous les items d'AQoLS ont été inclus dans l'analyse de validité structurelle. Il n'y avait pas d'imputation de données.</p> <p>Pour l'évaluation de la validité de construction, une corrélation a été effectuée entre les scores AQoLS et les scores de dimension EQ-5D, ainsi qu'entre les score d'état de santé EQ-5D et dimension SF-36 et scores récapitulatifs ont été calculés.</p> <p>Certains items ont été plus pris en considération. Les auteurs pensent qu'un score total pourrait être utile pour évaluer l'efficacité des interventions dans les troubles liés à l'alcool et que les sous-scores pourraient également renseigner plus précisément sur l'efficacité des interventions ciblées sur un domaine particulier et pourraient être particulièrement intéressants pour évaluer les interventions ciblées. Par conséquent, la cohérence interne a été évaluée pour chaque dimension de l'AQoLS et pour le score total en utilisant le coefficient alpha de Cronbach.</p>
<p>RESULTATS</p>
<p>Présentation des résultats</p> <p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de graphiques, cependant ceux-ci pourraient être plus explicites.</p> <p>Un total de 285 patients français traités pour une dépendance à l'alcool dans un cadre de soins spécialisés ont été inclus dans cette analyse. Cette taille d'échantillon correspond aux directives actuelles concernant la validation des échelles.</p> <p>Soixante pour cent des établissements de soins spécialisés contactés par téléphone ont refusé de participer à l'étude parce qu'ils s'abstiennent d'étudier en général.</p> <p>Près de 20% des patients ont refusé de participer en raison du manque de temps et de la réticence à assister à un rendez-vous supplémentaire pour l'achèvement de l'étude.</p> <p>L'échantillon était composé de 65% de patients de sexe masculin. L'âge moyen était de 48 ans. Ce profil démographique est proche de celui habituellement observé dans les paramètres sélectionnés.</p> <p>Un chômage dû à des raisons médicales ou autres a été observé chez 33% des patients inclus.</p> <p>Un score total AQoLS n'a pu être calculé que chez 236 des 285 patients (82%) en raison de données manquantes.</p>

Comme supposé et étant donné qu'une augmentation des scores AQoLS ou EQ-5D reflète une moins bonne qualité de vie, alors qu'une augmentation de SF-36 reflète une meilleure qualité de vie, nous avons montré une corrélation négative entre le score total AQoLS et les scores SF-36 corrélation positive entre le score total AQoLS et les scores des items EQ-5D

En ce qui concerne l'EQ-5D, des corrélations modérées ont été trouvées entre le score total AQoLS et les items d'activité et d'anxiété ($r = 0,5$) et de faibles corrélations entre le score total AQoLS et les items de douleur et d'autosoins (magnitude B0.2). En revanche, la corrélation entre AQoLS et l'échelle visuelle analogique de l'état de santé de l'EQ-5D était faible (0,2), et la corrélation entre le score total AQoLS et l'élément de mobilité était modérée (0,4).

Les coefficients de corrélation de Spearman entre les items et les dimensions de l'AQoLS montraient le plus grand coefficient de corrélation pour chaque item avec sa dimension correspondante a posteriori, à l'exception des items 14 (relations) et 24 (sommeil).

Les résultats sont résumés par un texte narratif peu compréhensible. Il n'est pas précisé si l'auteur a fait évaluer les données par les participants ou par des experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Deux dimensions, le contrôle et l'estime de soi, sont d'un intérêt particulier parce que ces aspects de la QVLS patient ont été inexplorés à ce jour par les instruments QVLS utilisés précédemment chez les patients atteints de dépendance à l'alcool.

Le contrôle était une dimension a priori émergeant de l'analyse de contenu des groupes de discussion pendant le développement d'AQoLS. Le contrôle a une grande pertinence clinique dans le domaine de la toxicomanie : la « perte de contrôle » est une caractéristique des addictions.

Bien qu'il existe des instruments évaluant le contrôle de la consommation d'alcool, le contrôle n'est pas actuellement inclus dans les instruments de QVLS en tant que dimension distincte.

L'avantage de l'AQoLS est qu'il a été développé en utilisant l'apport des patients, ce qui permet l'inclusion de concepts identifiés par les patients eux-mêmes comme des dimensions de QVLS et qui n'ont été explorés auparavant que du point de vue des experts.

Le contrôle n'est plus seulement un symptôme décrit du point de vue de l'expert, ou un facteur pronostic, mais une difficulté rapportée par les patients comme ayant un impact significatif sur leur qualité de vie, qu'ils souhaitent améliorer.

L'estime de soi s'est récemment révélée plus faible chez les patients alcoolodépendants que chez les témoins sains.

L'évaluation de l'estime de soi dans la QVLS pourrait être un résultat instructif chez les patients atteints de dépendance à l'alcool, reflétant les préoccupations des patients. Il semble donc pertinent d'inclure l'estime de soi comme une dimension distincte de la QVLS dans l'AQoLS, même si elle n'est pas définie a priori.

Ces domaines nouvellement identifiés dans la mesure et la surveillance de la QVLS lors de l'évaluation et du traitement peuvent ajouter une valeur importante au rétablissement du patient

L'approche centrée sur le patient adoptée tout au long du processus de développement d'AQoLS pourrait contribuer à la reconnaissance de l'importance de la perspective du patient dans le traitement et l'évaluation des résultats dans la dépendance à l'alcool et aider à éviter un style de soins paternaliste, le système de santé récurant dans ce domaine.

Le support de la validité de construction de l'AQoLS a été obtenu par des corrélations négatives entre AQoLS et toutes les dimensions du SF-36, ainsi que la santé générale et les corrélations positives entre AQoLS et tous les éléments de l'EQ-5D.

Même si les patients qui consomment de l'alcool considèrent habituellement leur état comme plus psychologique que physique, la corrélation modérée avec certains sous-scores du SF-36 et des items de l'EQ-5D explorant les zones physiques pourrait s'expliquer par le fait que l'état psychologique peut avoir un impact sur le bien-être physique, par exemple dans les troubles dépressifs majeurs.

La représentativité de l'échantillon est limitée en raison du refus de participer d'un grand nombre des centres choisis au hasard.

La principale limite de cette étude de validation est qu'elle est transversale et ne permet pas de tester la réactivité de l'instrument. Par conséquent, une validation dynamique supplémentaire de l'échelle est

prévue

La validité de construction de l'échelle a été évaluée dans une taille d'échantillon restreinte en raison de l'inclusion dans la forme de recherche clinique des autres échelles de QVLS dans une seconde étape, et la comparaison de l'AQoLS avec d'autres concepts connexes comme les conséquences liées à l'alcool devrait être entrepris.

L'AQoLS a été validé en utilisant la version française de l'échelle. Une validation de la version anglaise devrait être effectuée dans le futur ; cependant, le développement simultané de l'échelle en français et en anglais signifie que les propriétés des deux versions sont susceptibles d'être similaires. L'AQoLS a également été adapté pour être utilisé en Corée du Sud, au Japon et en Chine, ainsi qu'en Allemagne, et des validations de ces versions linguistiques sont prévues.

La longueur de l'échelle pourrait limiter son caractère pratique ; de plus une certaine redondance dans certains items est observée. Le développement d'une version courte devrait améliorer ces problèmes et est planifié.

Conséquences et recommandations

L'AQoLS est un nouvel instrument permettant d'évaluer la QVLS chez les patients atteints d'alcoolodépendance du point de vue des patients et présentant de bonnes propriétés psychométriques.

L'échelle est le seul instrument de QVLS propre aux patients atteints de dépendance à l'alcool et a été élaboré en fonction des commentaires personnels des patients. Cette caractéristique devrait permettre une évaluation plus précise et pertinente de la QVLS chez les patients atteints de dépendance à l'alcool.

Les dimensions « contrôle » et « estime de soi » sont d'un intérêt particulier, car ces concepts ne sont pas pris en compte dans les instruments de QVLS existants utilisés pour les patients atteints d'AUD.

L'AQoLS peut être utilisé dans le contexte de la recherche clinique. Il peut fournir des informations sur l'efficacité des interventions thérapeutiques quel que soit l'objectif de consommation et démontrer la pertinence des interventions par rapport à la perspective des patients.

Le développement d'une version courte est prévu.

L'AQoLS pourrait également être utilisé dans l'analyse pharmaco-économique pour affiner les estimations actuelles du fardeau sociétal de la dépendance à l'alcool.

L'utilité de l'AQoLS dans la pratique clinique de routine reste à étudier.

L'utilisation future de l'AQoLS devrait permettre une validation plus poussée en ce qui concerne la sensibilité au changement.

Article 3 :

Éléments d'évaluations

Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Kryswaty, B., & Stockwell, T. (2016). Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*, 13(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0102-5>

Titre

Le titre est précis, il s'agit d'une étude pilote sur consommation contrôlée et la perception de la qualité de vie des participants. Il correspond exactement à notre question de recherche.

Résumé

Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : les principaux problèmes des sans-abris alcoolodépendants sont relevés. La méthode est une étude pilote qui utilise des méthodes mixtes.

Les résultats se concentreront sur la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes dans un programme de gestion de la consommation d'alcool, ainsi que la qualité de vie du personnel.

Les résultats expriment une comparaison avec le groupe témoin et soulignent une amélioration de la qualité de vie du groupe bénéficiant du programme de consommation contrôlée. La conclusion explique les bénéfices du programme de consommation contrôlée pour les alcoolodépendants

La discussion n'est pas résumée.

INTRODUCTION
Problème de la recherche <p>Le phénomène à l'étude est clairement formulé, il s'agit des personnes alcoolodépendantes sans-abris et du processus de marginalisation qu'engendre la dépendance à l'alcool. Ainsi que de la difficulté à sortir des différentes problématiques causées par l'abus chronique d'alcool.</p> <p>Le programme de consommation contrôlée d'alcool est une stratégie pour diminuer les méfaits de l'alcool et de la vie dans la rue. Cette étude porte principalement sur la qualité de vie des personnes sans-abri et de leur perception du rôle du MAP (managed alcohol program ; programme de consommation contrôlée d'alcool) dans l'amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Au Canada, les MAP se sont développés pour répondre aux besoins pressants et complexes d'un groupe pour qui les conditions structurelles telles que l'itinérance, le faible revenu et les traumatismes contribuent à une mauvaise santé, à une mortalité élevée, à un recours accru aux services de santé et à des coûts de maintien de l'ordre, ainsi que des difficultés à trouver et à garder un logement.</p>
Recension des écrits <p>Une recension des écrits a été entreprise afin de définir les concepts.</p> <p>Elle fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche en explicitant le contexte dans lequel s'inscrit l'étude.</p> <p>Elle réfère à des études qui se sont intéressées : à sortir les sans-abris de la rue, à diminuer les interventions policières et le recours aux services de santé, à diminuer la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont liés.</p> <p>La recension présente des sources primaires numérotées qui ramène aux références en fin d'article.</p>
Cadre de recherche <p>Les concepts ainsi que les objectifs de recherche de l'étude étaient d'établir si le MAP était associée à : premièrement des améliorations significatives de la santé et du bien-être, deuxièmement à des réductions des urgences d'hospitalisations et du recours à la police et troisièmement à une consommation d'alcool moins dangereuse, moins d'intoxication grave et une diminution de la consommation dans les milieux à risque élevé.</p> <p>Il est considéré qu'une science sociale de la réduction des risques met en évidence l'influence des environnements micro (physiques) et macro-économiques (sociaux, économiques et politiques) à la fois dans la production et la réduction des risques liés à la drogue.</p> <p>La réduction des risques liés à la drogue va au-delà de l'utilisation sécuritaire par les individus pour se concentrer sur un environnement plus sûr (environnements physiques), des politiques et des pratiques organisationnelles et gouvernementales qui modifient les environnements sociaux, économiques et politiques. En effet, les efforts visant à prévenir les méfaits liés à la drogue peuvent s'inscrire dans des programmes plus larges qui réduisent les inégalités sociales et économiques.</p>
Buts et question de recherche <p>Le programme a été établi en réponse aux préoccupations de la communauté, liées à l'intoxication en public et au recours excessif à la police pour résoudre ces problèmes, ainsi qu'en réponse aux besoins des hommes et des femmes qui ont des problèmes graves et chroniques d'alcoolisme et d'itinérance.</p> <p>Les critères d'admission au programme comprennent une forte dépendance à l'alcool, l'itinérance chronique et un taux élevé de contacts avec la police.</p> <p>L'étude se déroule dans un centre d'aide aux sans-abris, doté de 15 lits en chambre individuelle. Des espaces communs sont mis à disposition des clients afin qu'ils puissent préparer des repas, regarder la télévision, ...</p> <p>Les participants sont invités à ne pas consommer d'alcool en dehors du programme et il est interdit d'amener de l'alcool dans le centre, afin de bénéficier du programme de consommation contrôlée, qui distribue, sous certaines conditions (ne pas être saoul, être présent dans l'établissement au moins 60 min avant la distribution). Les doses d'alcool sont préétablies par le centre.</p> <p>Le but de l'étude est de comprendre l'impact du programme MAP sur la vie des participants.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses rejoignent le but de l'étude. Les variables clés étant la possibilité pour les sans-abris d'avoir accès à un logement et d'intégrer le programme MAP. La population à l'étude est sélectionnée selon les critères d'admission cités plus haut.</p> <p>En résumé, l'objectif principal du MAP est de fournir un espace sûr, tout en réduisant les méfaits de la</p>

consommation d'alcool, ce qui constitue une alternative aux autres programmes de santé et de médication disponibles pour les participants.
METHODE
Population et échantillon
<p>Les 38 participants (MAP et témoins) qui ont répondu à l'enquête structurée ont été identifiés comme étant des amérindiens. Parmi les 18 participants au MAP, sept étaient des femmes et parmi les 20 personnes du groupe témoins, huit étaient des femmes. L'âge moyen des participants au MAP était de 42 ans (de 25 à 61 ans) et de 37 ans (de 21 à 50 ans) chez les participants témoins.</p> <p>Tous les participants résidents et témoins ont été évalués en utilisant le test d'identification des troubles d'usage de l'alcool (AUDIT) et ont eu des expériences multiples et répétées avec les services de désintoxication. Des entretiens qualitatifs ont été menés avec sept résidents du MAP (trois femmes et quatre hommes) qui avaient en moyenne un an d'expérience dans le programme, ainsi qu'avec quatre membres du personnel du programme.</p> <p>Les résidents ayant au moins 1 mois d'expérience dans le programme et qui étaient désireux et capables de participer à une entrevue qualitative, ont été invités à participer.</p> <p>Les tout nouveaux participants au programme et ceux qui ne voulaient ou ne pouvaient pas s'asseoir ou communiquer pendant 30 minutes n'ont pas été interviewés.</p> <p>Le personnel du programme avait en moyenne 9 mois d'expérience de travail dans le MAP. Tous les participants ont été recrutés soit par courriel (personnel), soit par le personnel du programme pour les résidents.</p> <p>Selon ce qui précède, la population visée est définie de façon précise. L'échantillon est décrit de façon tout à fait détaillée.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée selon la disponibilité de personnes qu'offrait le programme.</p>
Considérations éthiques
L'approbation éthique de l'étude a été obtenue du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Victoria, à l'Université Lakehead, et de l'organisme où la recherche a été menée.
Devis de recherche
<p>L'enquête structurée quantitative était administrée par un personnel de recherche formé. Elle couvrait les domaines suivants : les caractéristiques sociodémographiques, le statut de logement au cours des 12 derniers mois et la qualité du logement, la consommation d'alcool et d'autres substances, la gravité des problèmes liés à l'alcool, le degré de dépendance à l'alcool, la qualité de la vie.</p> <p>Les données spécifiques traitées s'attachaient au logement et à la qualité de vie des participants.</p> <p>La qualité actuelle du logement a été évaluée selon sept éléments du guide d'entrevue structurée, principalement sur des dimensions telles que la convivialité et la sécurité. Les scores moyens sur ces items ont été comparés entre les participants au MAP et les témoins, et un test t a été utilisé pour déterminer si la différence entre les deux groupes était statistiquement significative.</p> <p>La qualité de vie a été évaluée à l'aide de l'échelle OMS-BREF. Cette échelle standardisée comprend 26 items couvrant quatre domaines : physique, psychologique, relations et environnements. Les scores du domaine BREF de l'OMS ont été comparés entre les participants MAP et les témoins en utilisant des tests pour déterminer les différences statistiquement significatives entre les deux groupes.</p>
Modes de collectes de données
<p>Les entrevues avec les résidents ont été menées sur place par l'un des chercheurs dans une salle privée. Les chercheurs qui ont interviewé le personnel étaient principalement au téléphone.</p> <p>Chaque interview a été lue et relue par deux chercheurs expérimentés et codée par induction pour les idées et thèmes clés décrivant l'expérience d'être ou de travailler dans un MAP en relation avec le logement, la santé et le bien-être.</p>
Conduite de la recherche
<p>Les entrevues ont été enregistrées et transcrites textuellement. Les entrevues ont duré de 30 à 60 minutes et les intervieweurs ont utilisé un guide semi-structuré composé de questions ouvertes et de sondages axés sur des questions liées à la compréhension et à l'expérience du programme MAP.</p> <p>Toutes les interviews qualitatives ont été menées par des chercheurs qualifiés.</p>
Analyse des données

Une analyse comparative constante a été utilisée, méthode impliquant un codage détaillé pour développer des concepts et des relations entre eux, en comparant incident à incident, incident à concept, et concept à concept.

Un cadre de codage inductif a été développé et un logiciel d'analyse qualitative des données a été utilisé pour organiser et gérer les données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés à l'aide de graphiques comparant la population étudiée et le groupe témoin dans différents domaines selon les sept éléments sélectionnés du guide d'entrevue structurée qui permettent d'évaluer la qualité actuelle du logement. Les éléments présents dans le graphique sont : La durée du séjour, l'abordabilité (accessibilité), le sentiment de sécurité, l'espace, la privacité, la convivialité, les qualités générales. Le graphique démontre que les participants au MAP ont un score significativement supérieur au groupe témoin dans tous les domaines, sauf pour l'abordabilité (accessibilité).

Un second graphique exprime les résultats du questionnaire de qualité de vie WHO-BREF avec un score supérieur dans les 4 domaines évalués : la santé physique, l'état psychologique, les relations, l'environnement.

Les résultats sont résumés par un texte narratif qui reprend les paroles des participants au MAP et les analyses. Une comparaison entre la vie avant le programme et la vie avec le programme est effectuée. Avant l'intégration au MAP, la vie des participants était axée sur la survie quotidienne pour trouver un endroit où dormir, suffisamment de nourriture et d'alcool pour faire face et se maintenir, avec une priorité sur la recherche d'alcool au détriment des autres éléments. Ils cherchaient leur nourriture dans les ordures et buvaient l'alcool qu'ils trouvaient, c'est à dire des alcools illicites ou des produits contenant de l'alcool, mais n'étant pas destiné à la consommation. Les participants expriment avoir vécu un état de grande solitude lorsqu'ils étaient dans la rue ou en abris. Le fait d'avoir des amis de la rue et de boire est une façon de faire face au manque de sens, à la dislocation, à la perte, au traumatisme et à la douleur. Les rencontres réalisées dans les abris les faisaient se sentir en insécurité, la violence y est très présente, les bagarres y sont régulières. Les participants ont tenté de multiples sevrages, mais sans conviction et donc sans résultat. Ils savaient qu'ils recommenceraient à boire, donc leur donner la possibilité de consommer de l'alcool à intervalle régulier leur permet d'avoir un but atteignable et de se sentir de meilleures personnes. Les familles des consommateurs expriment un soulagement à savoir leur proche en sécurité dans le MAP. Ils ne se demandent plus si c'est leur parent qui est décédé lorsqu'un corps est retrouvé.

La vie dans le MAP est plus sûre que la prison et les hôpitaux. Les résidents comparent leurs expériences d'état d'ébriété sur la voie publique. Lorsqu'ils vivaient dans la rue, la police n'avait pas d'autre possibilité que de les placer en cellule. Depuis le MAP, si un tel événement devait arriver, la police ramène les résidents au MAP, qui seront pris en charge par le personnel. Ceci constitue une grande évolution dans la qualité de vie des résidents et la police exprime également une préférence pour cette procédure. Avant le MAP, les résidents n'étaient pas pris au sérieux par le personnel soignant des hôpitaux, qui ne croyait pas aux réelles souffrances physiques de la personne alcoolodépendante, supposant qu'elle se plaignait afin d'obtenir de la drogue. En comparaison avec les autres centres de traitement dans lesquels le personnel craignait une rechute à chaque sortie, dans le MAP, le personnel soignant souhaite juste qu'il n'arrive rien de grave au résident lorsqu'il s'aventure hors du centre. Le résident se sent par conséquent respecté pour qui il est, il ressent qu'on lui fait confiance.

En résumé et du point de vue des participants, le MAP a été décrit comme étant un environnement plus sûr avec moins de violence et de menaces physiques. Le bien-être y est meilleur. La stigmatisation et les jugements ressentis dans les rues, les abris, les prisons et les hôpitaux ne sont pas présents dans le MAP.

Le point de vue du personnel a été décrit comme une approche du programme selon un « respect automatique ». Ils considèrent que pour être respecté de qqn, il est nécessaire de lui montrer du respect. Les membres du personnel ont indiqué qu'ils ont commencé avec respect et confiance plutôt que de devoir gagner le respect et la confiance des résidents. La présence de membres de la sécurité

et du personnel semblait améliorer le sentiment de sécurité des résidents plutôt que le sentiment d'être « sous surveillance ». Le personnel joue un rôle clé dans la création d'un environnement plus sûr pour les résidents du MAP. Il contribue au sentiment de sécurité en aidant à la résolution des conflits entre résident et en aidant à naviguer dans les relations avec les amis de la rue. Mais également en assurant le contrôle de la consommation.

Les participants ont décrit le MAP comme un espace dans lequel ils mettent en œuvre des activités de la vie quotidienne, réapprennent et développent des compétences communautaires et de confiance en soi, relationnelles et de gestion de l'argent, ainsi qu'un endroit pour renouer avec la famille. Ils réapprennent également à être dans une maison avec les responsabilités de la vie quotidienne : faire le lit, faire la lessive, balayer, laver le plancher, faire la vaisselle et cuisiner. Le MAP offre un environnement dans lequel les résidents se sentent chez eux, une famille. Ils développent l'entraide en s'enseignant des recettes et prennent soins les uns des autres en s'assurant la sécurité et du bien-être de celui qui est ivre ou en lui préparant un repas pour qu'il ne se brûle pas en cuisinant. Le MAP permet la réunification des familles. Petit à petit, les proches des résidents viennent leur rendre visite et retissent un lien. Les résidents ressentent cette reconnexion comme thérapeutique. Ce lien aux proches motive les résidents à persévérer dans le programme.

Ces sentiments de maison et de famille ainsi que le fait de renouer avec la famille contrastent fortement avec le sentiment de perte, de déconnexion et d'isolement qui caractérisait les expériences des participants avant d'entrer dans le MAP. Le MAP permet aux résidents de retrouver de l'espoir et de se projeter dans le reste de leur vie, d'avoir des projets.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Dans cette recherche, le programme MAP peut être perçu comme créant un microenvironnement plus sécuritaire qui modifie les conditions sociales, politiques et économiques des participants en leur offrant un potentiel de guérison et de rétablissement.

Le ciblage des conditions sociales et la modification des conditions environnementales tel que la fourniture d'un logement et d'aide à la gestion de l'alcool pour répondre aux besoins des sans-abris alcoolodépendants qui ont un historique de sevrage et de rechute, peut s'avérer plus fructueux qu'un strict accent sur le changement de comportement individuel ou la tolérance à la seule consommation d'alcool.

Cette étude aide à étendre la compréhension de l'expérience des personnes alcoolodépendantes en montrant la complexité impliquée dans le dynamisme de l'environnement de la personne et en soulignant les possibilités inhérentes à la construction d'environnements qui nourrissent des «cultures de résilience au risque».

Le MAP aide les participants à retrouver un sentiment d'identité, de soi et de la famille. Le MAP a un impact important sur les générations puisqu'il permet la reconnexion avec les enfants et petits-enfants, avec la famille en général.

L'accent mis sur le respect, la confiance et des soins sans jugement, parallèlement à la gestion de l'alcool, est conforme aux recherches antérieures qui ont identifié ces dimensions comme des aspects importants d'une approche de réduction des risques.

De plus, la conclusion que les MAP sont non seulement des milieux plus sûrs, mais aussi des milieux où il y a un potentiel de rétablissement donne à penser que la réduction des risques peut et devrait faire partie d'un discours de rétablissement.

Les programmes de réduction des risques sont souvent considérés comme controversés parce qu'ils visent à réduire les méfaits de la consommation de substances plutôt qu'à promouvoir l'abstinence ou à réduire la consommation de substances.

Cette étude comporte plusieurs limites. Une limite primaire des données quantitatives est la petite dimension de l'échantillon ayant comme conséquence une incapacité de généraliser ces résultats. Les participants ont principalement comparé leurs expériences de MAP avec des abris, des prisons, des hôpitaux, et des programmes thérapeutiques de sevrage. Les participants qui ont intégré le MAP sont le plus souvent ceux qui ont été infructueux dans la conservation du logement même lorsque l'utilisation d'alcool est tolérée. De plus, cette étude préliminaire n'a pas examiné entièrement les impacts différentiels de l'appartenance ethnique et du genre sur les expériences des résidents.

Conséquences et recommandations

Le MAP est considéré comme présentant un potentiel important de récupération pour les usagers. Dans l'avenir, il serait important de tenir compte de certains éléments comme la culture, l'appartenance ethnique, ainsi que les concepts de genre. Mais il est également nécessaire de prendre en considération la discrimination et le racisme, car ils influencent les expériences des résidents du MAP.

Une étude nationale est actuellement en cours, qui prend compte d'un plus grand échantillon.

Il est important dans les recherches futures d'étudier plus en profondeur les expériences des participants au MAP en tant que lieux de sécurité culturelle, de rétablissement et de guérison et d'identifier des recommandations pour améliorer la sécurité culturelle et le rôle important de la culture autochtone en tant que traitement. .

Article 4 :

Eléments d'évaluations

Berman, A., Wennberg, P. & Sinadinovic, K. (2015). **Changes in Mental and Physical Well-Being Among Problematic Alcohol and Drug Users in 12-Month Internet-Based Intervention Trial**

Titre

Le titre précise clairement le sujet de la recherche : « Changement dans le bien-être mental et physique chez les utilisateurs problématique d'alcool et de drogues dans les essais d'intervention de 12 mois sur Internet. »

Résumé

Le résumé n'est pas très bien réalisé, ce qui ne facilite pas la lecture. Il présente une vision globale de la recherche en mettant en avant les résultats de l'étude mais il ne mentionne pas la méthode, la discussion ou la conclusion précisément.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

La problématique de l'étude est clairement formulée. Elle met en avant que tant que l'utilisateur à un renforcement positif, le bien-être peut rester stable voire même augmenter. Par contre, si la consommation de la substance devient problématique, elle aura une répercussion négative dans la vie quotidienne de l'individu et dans son bien-être mental et physique.

C'est une problématique pertinente car elle concerne la terre entière. L'alcoolisme et la prise de substances illicites sont les principaux facteurs de risque causant de nombreux décès.

Cet article met en avant le fait que la majorité des études de recherche sur les résultats du traitement se concentrent généralement sur le comportement de la substance. Telles que la réduction significative de celle-ci ou l'abstinence complète.

Les auteurs de cet article se concentrent sur le bien-être mental et physique de l'individu qui est considéré comme synonyme de la qualité de vie globales (OQOL). C'est-à-dire, qu'ils englobent les aspects de la vie tels que les relations sociales et l'environnement quotidien de l'individu.

Le bien-être physique et mental a été peu étudiée dans le domaine de la toxicomanie, c'est pourquoi les auteurs se sont concentrés sur le OQOL (Laudet, 2011) qui englobe les différents paramètres fonctionnels et la satisfaction en lien avec la vie quotidienne.

Recension des écrits

Une recension des écrits a été entreprise, certains auteurs et autres études sont mentionnés.

La recension ne fournit pas une synthèse de l'état de la question mais place le problème dans les connaissances actuelle.

Cependant, elle présente une base solide pour l'étude car l'état des recherches sur le sujet est

expliqué. De plus, plusieurs sources primaires sont clairement citées et référencées dans cette étude.
Cadre de recherche
Les concepts clés sont cités mais peu détaillés. L'étude ne semble pas s'inscrire dans un cadre de référence ou un plan conceptuel, on n'y trouve pas de bases théoriques clairement citées.
Buts et question de recherche
L'objectif de la présente recherche est d'évaluer le bien-être mental et physique chez les personnes toxicomanes. La question que les chercheurs se posent est de savoir s'il est nécessaire de s'abstenir complètement d'alcool ou de drogues pour conduire à une amélioration du bien-être ou si cela peut être suffisant de réduire son utilisation problématique. Selon des études, l'abstinence de la substance n'est pas une condition préalable dans l'amélioration du bien-être de l'individu. (Denning, 2004, Ti et Kerr, 2014). Elle ne traite pas précisément de l'expérience, des croyances, des valeurs ou encore des perceptions des participants. Mais les auteurs ont posé des questions sur leurs états de santé général : s'ils présentaient des problèmes de sommeil, de concentration, de stress, leurs satisfactions de leurs vies sociales et s'ils présentaient des douleurs ou une dépression. Ses questions découlent logiquement du but de recherche. La deuxième question que les chercheurs se posent est le rôle réel de l'accès au traitement dans l'amélioration du bien-être au cours du processus de rétablissement des problématiques liées à la prise de substances. Malgré la grande variété de parcours dans l'abus de substances, l'engagement d'un traitement par intermittence semble être un « facilitateur » du plus large processus d'auto-changement à long terme qui fait partie du chemin vers la guérison. (DiClemente, 2006)
METHODE
Population et échantillon
La population visée a été recrutée pour 2 essais contrôlés randomisés en ligne distincts pour les problèmes de toxicomanie. Un pour les problématiques d'alcool et l'autre pour les problématiques de drogues. Il précise les dates et la procédure du recrutement ainsi que les tests utilisés pour chacun d'eux. Les critères d'inclusion étaient les suivants pour les deux essais : Agé de plus de 15 ans et ayant une consommation problématique de substances. Ils ont été suivis par email après 3 mois, 6 mois et 12 mois sur leur état de santé général. L'échantillon est décrit de façon précise. Cette étude a porté sur un échantillon total de 835 participants à l'étude des 2 essais, soit pour l'alcool (n 633) et pour les drogues (n 202). L'auteur ne parle pas d'augmenter l'échantillonnage ou comment celui-ci a été déterminé.
Considérations éthiques
Toutes les données ont été stockées dans une base de données sécurisée disponible uniquement à l'équipe de recherche. Les deux essais ont été positivement examinés par la commission d'examen éthique régional de Stockholm (no. 2008/ 308-31 / 5) et enregistré à ClinicalTrials.gov (no. 2008/ 308-31 / 5A pour l'essai d'alcool et non. 2008 /308-31 /5D pour l'essai de la drogue).
Devis de recherche
La méthode utilisée pour cette recherche est composée de deux essais distincts contrôlés randomisés en lignes. L'étude permet donc d'atteindre son but. Les auteurs indiquent les caractéristiques de l'étude. Ils expliquent leurs méthodes de recrutement des participants, à quelle date ils l'ont effectué et quels tests ils ont utilisés pour les personnes dépendantes à l'alcool et les personnes présentant une dépendance aux drogues. Pour les deux

<p>études, les critères d'admissibilité étaient l'âge de 15 ans révolu et présentant une consommation problématique de substances, soit l'alcool, soit les drogues illicites.</p> <p>Le devis fournit permet d'examiner les hypothèses et questions des auteurs. En ce qui concerne les critères scientifiques, l'article respecte la véracité, l'applicabilité, la consistance et la neutralité.</p> <p>Le temps passé sur le terrain et auprès des participants aurait pu être plus longs, il était seulement de 12 mois.</p>
<p>Modes de collectes de données</p> <p>Les auteurs décrivent leurs stratégies de recherches via Internet de manière globale. Ils expliquent les tests utilisés (AUDIT et DUDIT) et les dates à laquelle ils ont recrutés.</p> <p>Les outils de mesure ne sont pas clairement décrits mais sont cités dans cet article. Cependant, il est difficile d'identifier les variables et les mesures de ceux-ci.</p> <p>Les questions de recherches ont été correctement posées, il n'y a pas d'observation direct avec les participants dans cette étude et les observations faites par les questionnaires ont été rigoureusement consignées.</p> <p>Aucun instrument n'a été créé pour cette étude.</p> <p>Oui la procédure expérimentale est cohérente avec les différents outils de mesures</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>Oui le processus de collecte de données et d'enregistrement est décrit.</p> <p>Pour les données recueillies, aucunes indications ont été mentionnées à savoir si l'étude a bénéficié de personnel compétent afin de minimiser les biais.</p> <p>Oui elle comporte une intervention. Elle est appliquée de façon constante et elle évalue le bien-être individuel des participants.</p>
<p>Analyse des données</p> <p>La méthode d'analyse est présente mais elle n'est pas clairement décrite.</p> <p>Oui les variables ont été prises en comptes et des comparaisons ont été faites.</p> <p>Oui les thèmes font ressortir la signification des données.</p>
<p>RESULTATS</p>
<p>Présentation des résultats</p> <p>Les résultats sont détaillés sous formes de paragraphe, de statistiques et sont mis en communs avec des tableaux détaillés.</p> <p>Les résultats sont classés par catégories, ensuite les auteurs font la comparaison entre la drogue et l'alcool par rapport aux résultats.</p> <p>Oui les résultats sont résumés par un texte narratif séparé par thème.</p> <p>Les auteurs ne mentionnent pas la façon dont les résultats ont été évalués.</p>
<p>DISCUSSION</p>
<p>Interprétations des résultats</p> <p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. Par rapport à cette étude, on constate qu'on ne sait pas exactement quels sont les facteurs qui contribuent à l'amélioration du bien-être. Ils mettent également en avant qu'il faudrait avoir d'autres recherches afin d'identifier et distinguer ces différents processus.</p> <p>Les résultats concordent avec les études menés antérieurement sur le même sujet.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses obtenus.</p> <p>Les limites de l'étude sont argumentées comme suit : la première limite est qu'ils avaient peu de renseignement concernant les caractéristiques démographiques des participants, peu de connaissances sur leur expérience de vie avec leurs consommations de substances ainsi que de leurs expériences de traitements. Ils mettent en avant qu'il serait possible de recueillir plus d'information sur ces domaines à l'avenir. La deuxième limite est qu'ils se sont basés sur la définition des changements dans les catégories d'utilisation de substances selon les gammes score d'audit et de DUDIT. L'inconvénient de cette définition est qu'une personne peut être désignée comme ayant fait un changement significatif, même si seulement un changement d'un point de leur score est survenu.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>

Les auteurs précisent les conséquences des résultats. L'étude met en avant que le bien-être avait augmentée pour les personnes qui avaient diminuées leurs consommations d'alcool comparée à ceux qui l'avaient maintenue identique ou qui l'avaient augmentée. Pour l'étude de la drogue, les participants qui avaient réduit leurs consommations sur une durée de 12 mois, 80% avaient cessé toute consommation. Les personnes alcoolodépendantes dans cette étude présentaient un meilleur bien-être général à la base que les personnes toxicomanes.

Dans cette étude, ils concluent qu'ils ne savent pas exactement quels facteurs ont contribué à l'amélioration du bien-être des participants qui ont réduits leurs consommations de drogues. Les auteurs mettent en avant que le bien-être peut être augmenté en raison des simples faits suivants : la réduction ou l'absence de l'utilisation de substances, l'acquisition de nouvelles compétences d'adaptation, des interventions accessibles, cette étude ou d'autres interventions comme le fait de parler avec quelqu'un d'autre de ses problèmes de substances, la recherche de documents écrits sur le sujet, la prise de médicaments prescrits ou encore par les interventions téléphoniques. Également, par le fait que les participants ont pris des mesures plus concrètes pour changer leur comportement.

Les auteurs démontrent qu'il faut prendre en considération que l'augmentation du bien-être des individus est influencée par de nombreux facteurs.

Les auteurs avancent qu'il est nécessaire d'effectuer d'autres recherches afin d'identifier et de distinguer plus précisément les facteurs influençant le bien-être des personnes.

Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions mais elles pourraient l'être encore plus.

Article 5 :

Éléments d'évaluations

Nogueira, J. M., & Rodríguez-Míguez, E. (2015). Using the SF-6D to measure the impact of alcohol dependence on health-related quality of life. *The European Journal of Health Economics*, 16(4), 347–356. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0627-z>

Titre

Utilisation du SF-6D pour mesurer l'impact de la dépendance à l'alcool sur la qualité de vie liée à la santé.

Résumé

La dépendance à l'alcool réduit non seulement l'espérance de vie, mais provoque également une perte considérable de la qualité de vie des personnes à charge et des personnes vivant à proximité de celles qui sont dépendantes de l'alcool.

Cet article présente de nouvelles preuves sur l'impact de la dépendance à l'alcool sur la qualité de vie liée à la santé en Espagne. Trois échantillons ont été recrutés : 150 alcooliques et 64 membres de la famille des alcooliques, les deux échantillons provenant d'une unité de traitement de l'alcoolisme et 600 personnes de la population générale. La forme abrégée du questionnaire SF-6D a été utilisée.

Le résumé synthétise rapidement la recherche sans distinction des chapitres.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

La consommation abusive d'alcool, en particulier lorsqu'elle a atteint le point de dépendance alcoolique, a de nombreux effets sur la santé. En effet, l'alcool est le troisième facteur de risque pour la santé après le tabagisme et l'hypertension et le deuxième facteur majeur contribuant aux années de vie avec incapacité chez les hommes, après les troubles dépressifs. Diverses études ayant analysé ces effets ont quantifié leur impact sur l'espérance de vie, ainsi que sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS).

L'objectif de cette étude est de fournir de nouvelles preuves empiriques sur les effets de la dépendance à l'alcool sur la QVLS de la personne dépendante et ceux qui les entourent, en utilisant la population générale comme groupe témoin. Pour ce faire, la QVLS d'un échantillon de la population

<p>générale de Galice (une région espagnole du nord-ouest) à été comparé à la QVLS d'un échantillon de patients de la même région, souffrant d'une dépendance à l'alcool et aux membres de leur famille. L'instrument utilisé pour calculer les scores des services publics était le SF-6D.</p> <p>Contrairement à d'autres études qui s'intéressent à la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes vis-à-vis des interventions mises en place, cet article compare la qualité de vie des alcoolodépendants par rapport à la population générale.</p> <p>Le phénomène à l'étude ainsi que l'objectif de l'étude est clairement formulé.</p>
<p>Recension des écrits</p> <p>La recension des écrits s'est intéressée aux divers outils de mesure de la qualité de vie et aux différences entre celle de la population générale et celle des personnes dépendantes à l'alcool.</p> <p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche et les auteurs précisent qu'ils n'ont pas trouvé d'écrits s'intéressant à la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes et de leurs proches en comparaison à la population générale.</p> <p>La recension des écrits semble présenter une base solide car elle expose les connaissances sur le phénomène à l'étude. Elle présente des sources primaires.</p>
<p>Cadre de recherche</p> <p>Les concepts clés sont définis au travers de la recension des écrits.</p> <p>L'épidémiologie et la mortalité sont passées en revue afin d'inscrire cet article dans un contexte de soins et de mettre en évidence le cadre de référence.</p> <p>Les concepts sont directement liés au but de l'étude.</p>
<p>Buts et question de recherche</p> <p>L'objectif de l'étude est de fournir de nouvelles preuves empiriques sur les effets de la dépendance à l'alcool sur la QVLS (qualité de vie liée à la santé) de la personne dépendante et ceux qui les entourent, en utilisant la population générale comme groupe témoin.</p> <p>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but.</p>
<p>METHODE</p>
<p>Population et échantillon</p> <p>Pour analyser les effets de la dépendance à l'alcool, la QVLS a été obtenue pour trois échantillons : 150 patients ayant une dépendance à l'alcool, 64 membres de la famille de patients souffrant de dépendance à l'alcool et 600 personnes de la population générale. L'échantillon de patients et de membres de la famille a été recruté dans une unité de traitement de l'alcoolisme standard du système de santé publique. Cet échantillon a été obtenu à partir d'une étude d'évaluation contingente (en cours) dans laquelle le questionnaire SF-36 a également été utilisé.</p> <p>Les patients qui, au moment de l'entrevue, présentaient une intoxication alcoolique aiguë ; détérioration cognitive qui, de l'avis du thérapeute du patient, empêcherait la conduite de l'entretien ; ou qui ont refusé la participation, ont été exclus.</p> <p>Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants.</p> <p>L'échantillon de parents comprenait toutes les personnes qui accompagnaient les patients participant à l'entrevue le jour où elle a été menée.</p> <p>Si aucun membre de la famille n'est entré le jour de l'entrevue, le membre de la famille (s'il y en avait un) qui l'accompagnait habituellement a été contacté pour être inclus dans l'échantillon.</p> <p>Pour les proches, il n'y avait pas d'autre critère d'exclusion que le refus de participer.</p> <p>Les sujets étaient exclus s'ils refusaient d'être interviewés, avaient un handicap qui les empêchait de participer ou n'étaient pas à la maison pendant la période d'inclusion.</p>
<p>Considérations éthiques</p> <p>Aucune considération éthique n'est mise en évidence.</p> <p>Il n'est pas précisé si l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p>Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but de par les différents outils de collecte des données, la manière de les collecter, ainsi que la taille et la sélection de l'échantillon.</p>

Modes de collectes de données
<p>Le SF-6D, instrument conçu par Brazier et Roberts et Brazier et al. En tant que modification du questionnaire général SF-36. Le SF-6D comprend six dimensions (fonctionnement physique, limitation des rôles, fonctionnement social, douleur, santé mentale et vitalité), la première dimension se référant à « une journée typique » et le reste des dimensions se rapportant au passé. Chaque dimension a entre quatre et six niveaux, permettant la description de 18 000 états de santé possibles.</p> <p>Les outils de mesures sont clairement décrits et comparés entre eux en mettant en évidence leurs points forts et leurs points faibles</p> <p>L'échantillonnage et les entretiens ont été menés par une société d'enquête qui a utilisé six enquêteurs professionnels formés par nous pour la mise en œuvre correcte du questionnaire.</p> <p>Les instruments de mesures sont importés.</p>
Conduite de la recherche
<p>Les personnes à charge ainsi que les membres de la famille ont été interviewés personnellement et de façon indépendante par le premier co-auteur, afin de traiter les problèmes potentiels qui pourraient survenir pendant l'entretien.</p> <p>L'échantillon de la population générale galicienne a été interviewé personnellement chez eux.</p> <p>Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</p>
Analyse des données
<p>Les méthodes d'analyse sont décrites de façon précise.</p> <p>L'utilisation d'algorithmes nécessaires à une interprétation adéquate des résultats et une comparaison entre les questionnaires sont présentes.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux.</p> <p>Le tableau 1 décrit les trois échantillons analysés. Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites et comparées : le sexe, l'âge moyen, le statut d'emploi, le mode de vie (vivant avec un partenaire ou non) et le niveau d'éducation.</p> <p>Le tableau 2 montre les scores d'utilité moyens et médians dérivés du SF-6D pour chacun des échantillons.</p> <p>Les patients ayant un niveau de consommation nocif au début du traitement présentent une qualité de vie inférieure à celle du reste des patients.</p> <p>En ce qui concerne l'effet de la durée du traitement, les patients ayant plus d'un an de traitement ont un score d'utilité inférieur à ceux ayant moins d'un an (diminution de la consommation).</p> <p>Le tableau 3 montre les effets de la dépendance à l'alcool sur la QVLS lors du contrôle des variables socio-économiques.</p> <p>Comme on le trouve couramment dans la littérature, l'âge et le fait d'être une femme sont négativement corrélés avec la santé, alors que l'éducation et la vie avec un partenaire sont positivement corrélées.</p> <p>Comparativement à la population en général, les personnes alcoolodépendantes augmentent les probabilités de signaler des problèmes dans toutes les dimensions sauf le fonctionnement physique.</p> <p>Les dimensions les plus touchées sont la santé mentale et la vitalité.</p> <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif moyennement claire car les résultats ne sont que peu interprétés.</p>
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats de cette étude montrent que la dépendance à l'alcool a un impact significatif sur la QVLS des personnes atteintes.</p> <p>Selon toute attente, le score de la population générale est supérieur à celui des personnes alcooliques.</p> <p>Comparés à la population générale, les alcooliques ont une perte significative de qualité dans toutes les dimensions, sauf dans le fonctionnement physique et la douleur.</p>

La perte de QVLS associée à la dépendance à l'alcool, qui induit une réduction de 17,8% par rapport à la population générale, est supérieure à celle obtenue dans d'autres études avec des objectifs et une méthodologie similaire.

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche, mais plus souvent ils sont comparés à des études antérieures menées sur le même sujet. Les résultats de la présente étude diffèrent des études citées, cependant ceci est expliqué par l'utilisation d'outils de mesures différents, qui donc ne mesurent pas exactement les mêmes variables. Les échantillons de répondants ne sont pas toujours sélectionnés de la même manière, ce qui empêche une comparaison objective. Dans la présente étude, les personnes alcooliques étaient recrutées dans un centre spécialisé, alors que certaines études citées ont envoyé des questionnaires à la population, ce qui représente une grande différence dans la sélection des participants.

Il est constaté que les membres de la famille des personnes alcoolodépendantes, comparés à la population générale, subissent une perte de QVLS. Les effets sur la santé mentale et la vitalité sont les principaux facteurs contribuant à cette diminution.

Limites :

Les résultats doivent être considérés avec prudence, compte tenu de la petite taille de l'échantillon de membres de la famille.

Les résultats présentés dans cette étude peuvent être affectés par plusieurs limitations. L'utilisation d'un échantillon d'alcooliques non prélevés dans la population générale implique potentiellement un biais de sélection.

Il est possible que les patients de l'échantillon présentent des symptômes particulièrement sévères qui les ont amenés à rechercher un traitement pour leur dépendance à l'alcool. Il est également probable que ceux qui présentent les tableaux cliniques de dépendance les plus sévères, liés dans de nombreux cas à des situations d'exclusion sociale, ne viennent pas pour un traitement, car ils ne sont pas disposés à le faire.

En tout cas, il est considéré qu'une identification correcte de la dépendance à l'alcool est la clé de cette étude et bien que la méthode de recrutement du présent article ne garantisse pas le recrutement aléatoire de la population dépendante de l'alcool, elle garantit que tous ceux qui sont recrutés sont dépendants de l'alcool, diagnostiqués comme tels par un spécialiste.

L'étude n'a pas contrôlé les autres comorbidités somatiques et psychiatriques, ce qui représente une limite dans la validité des résultats.

Conséquences et recommandations

Les résultats de cette étude ont une application immédiate dans les études épidémiologiques, ainsi que l'évaluation économique.

Ils ajoutent des informations plus détaillées à l'analyse simple de la prévalence de l'alcoolisme, fournissant des informations sur la perte de qualité de vie causée par cette maladie.

Les résultats peuvent être incorporés dans l'évaluation économique des interventions visant à réduire ou prévenir les méfaits de l'alcool.

En résumé, cette étude a montré que la dépendance à l'alcool a un effet significatif sur la QVLS des personnes à charge alcoolique et de leurs familles, et que cet impact est également cliniquement important.

Cette étude considère que les recherches futures dans ce domaine devraient s'abstenir de prêter attention à une identification adéquate de la dépendance à l'alcool, pour éviter le fait que les effets de cette pathologie grave ne soient pas adéquatement estimés.

Article 6 :

Éléments d'évaluations
Daeppen, J. B., Faouzi, M., Sanchez, N., Rahhali, N., Bineau, S., & Bertholet, N. (2014). Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. <i>Alcohol and Alcoholism</i> , 49(4), 457–465. https://doi.org/10.1093/alcalc/agu027
Titre
Le titre précise une corrélation entre la qualité de vie, la dépendance à l'alcool et le type de consommation.
Résumé
Le résumé synthétise le résumé de la recherche : objectif, méthode, résultats et conclusion. Il ne résume pas la discussion.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le problème/phénomène à l'étude est la QDV (qualité de vie) des personnes alcoolodépendantes, mesurée avec des échelles de contrôle qui ont déjà été validées par le passé sur les personnes alcoolodépendantes.</p> <p>Les facteurs influençant la QDV des personnes alcoolodépendantes ont été décrits dans d'autres études. Ils sont composés de : la sévérité de la dépendance à l'alcool, de l'intensité de l'utilisation de l'alcool, du statut professionnel, de l'âge, du genre et de l'historique psychiatrique. Incluant également la présence éventuelle d'un trouble de la personnalité et d'un état de stress post-traumatique.</p> <p>Il est précisé qu'on ne dispose que d'informations limitées sur l'effet de la réduction de la consommation d'alcool sur la QDV, y compris la dynamique des changements de QDV après le début du traitement, et si ces changements sont liés aux résultats de la consommation.</p>
Recension des écrits
<p>La recension des écrits est très riche. Elle précise tout de même que les informations sur le sujet sont limitées.</p> <p>Les changements de la QDV durant le traitement sont influencés par la QDV initiale, la durée de l'abstinence d'alcool, la présence ou l'absence de symptômes psychotiques et l'utilisation ou la non-utilisation de drogues illicites.</p> <p>La mesure de la QDV est la première intervention à effectuer sur des patients alcoolodépendants.</p> <p>Des études ont révélé une altération importante de la QDV chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool, en particulier en ce qui concerne leur santé mentale et leur fonctionnement social.</p> <p>Cependant, ces études ont généralement évalué la QDV dans le cadre d'un essai évaluant un traitement spécifique avec l'abstinence comme but du traitement. Il serait également utile d'observer la dynamique des changements de la QDV sur une période prolongée dans un cadre de pratique clinique plus naturaliste.</p>
Cadre de recherche
<p>Les concepts clés sont clairement mis en évidence, il s'agit de la QDV en lien avec la santé psychique des personnes alcoolodépendantes et leur mode de consommation.</p> <p>Dans cette introduction, les déterminants de la QDV liés à la santé sont précisés au travers de la recension des écrits. Ce qui permet d'inscrire les concepts clés dans un cadre de référence.</p>
Buts et question de recherche
<p>Évaluer la QDV et son évolution sur des patients alcoolodépendants pendant une durée de 24 mois.</p> <p>Les associations entre la QDV et les habitudes de consommation ont été évaluées à travers les groupes selon le type prédominant de consommation d'alcool, et l'influence des variables de base (y compris les facteurs sociodémographiques et la sévérité de la dépendance) et sur la dynamique des changements de QDV.</p>
METHODE
Population et échantillon
L'objectif de la présente analyse était de décrire l'évolution de la QDV liée à la santé chez les adultes

ayant une dépendance à l'alcool, enrôlés dans l'étude CONTROL pendant une période de 24 mois après leur évaluation initiale pour un traitement lié à l'alcool dans un contexte de routine.

La sélection des répondants s'est concentrée sur les patients adultes qui ont demandé un traitement pour une dépendance à l'alcool par le biais de la clinique ambulatoire du CTA ou du programme d'hospitalisation, ou qui ont été référés à l'ATC, après une hospitalisation en soins général.

Les patients étaient exclus s'ils ne répondaient pas aux critères de dépendance à l'alcool d'après le questionnaire Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), s'ils étaient âgés de moins de 18 ans, confus ou délirants, s'ils ne parlaient pas français ou n'avait pas d'adresse de contact.

Les participants ont fourni un consentement éclairé écrit.

Les patients inclus dans l'étude recevaient des soins standard fournis par des médecins, des infirmières et/ou des psychologues de l'ATC. Cela incluait une anamnèse de leur consommation d'alcool, la sévérité et les répercussions de leur dépendance à l'alcool et d'une anamnèse somatique et psychiatrique.

Les personnes ont ensuite été invitées à participer au programme standard de soins et à choisir leur propre objectif en matière de consommation d'alcool. Les soins standard sont constitués d'une combinaison d'entretiens motivationnels, de mesures de préventions à la rechute et une médication.

Les patients ont eu la possibilité de participer à des séances hebdomadaires individuelles et/ou de groupe, la fréquence des séances étant ajustée en fonction des besoins du patient au fur et à mesure du traitement. Les patients hospitalisés ATC ont participé à un programme structuré d'hospitalisation de trois semaines comprenant le sevrage alcoolique, l'évaluation médicale générale et le traitement, ainsi que des séances de psychothérapie individuelle et de groupe comprenant des entretiens motivationnels et la prévention des rechutes. A leur sortie, ces patients étaient dirigés vers un programme de traitement ambulatoire post-hospitalisation ou vers leur généraliste.

La méthode d'échantillonnage a permis de prendre en compte le maximum de patients de l'ACT, tout en éliminant ceux qui correspondent aux critères d'exclusion. Cela permet d'accroître la représentativité de l'échantillon en éliminant le maximum de biais éventuels.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique pour la recherche clinique de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne (protocole 127/09). Les patients inscrits ont été suivis par le personnel de recherche de l'ATC.

Devis de recherche

La méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème posé. Au travers des divers questionnaires utilisés, les auteurs ont pu répondre de manière complète aux différentes problématiques qui concernent la question de recherche, tout en tenant compte des éléments déterminants concernant les personnes alcoolodépendantes.

L'étude se déroulait sur 24 mois à raison d'interviews réguliers. Le temps passé auprès des répondants paraît pertinent et permet de répondre à la question sur du long terme. Il s'agit d'une démarche durable.

Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques. La véracité est assurée par les critères d'exclusion (personnes ne répondant pas aux critères de dépendance à l'alcool, personnes âgées de moins de 18 ans, confus ou délirants, ou qui ne parlaient pas français).

L'applicabilité est optimale, car les personnes sont, soit hospitalisées soit se rendent régulièrement dans le centre menant l'étude. Une partie de l'échantillon n'a pas participé à l'étude jusqu'au bout, mais grâce à la manière de traiter les données, les informations de ces derniers ont tout de même pu être prises en compte.

Modes de collectes de données

Les données concernant les questions sociodémographiques, l'historique familial, la consommation de tabac ou d'autres drogue ont été collectées par un psychologue qualifié au travers d'entretiens directs dès l'admission, puis tous les 3 mois jusqu'à 24 mois.

Les informations sur la consommation quotidienne d'alcool ont été recueillies pour chaque patient à l'aide de la méthode Timeline Follow-Back (TLFB).

Dès le début et à des intervalles mensuels pendant la première année, puis tous les trimestres au cours de la deuxième année, les patients ont fourni une estimation rétrospective de leur consommation

quotidienne d'alcool au cours du mois précédent. Un profil de consommation (courbe) a été généré pour chaque patient correspondant à la série de mesures de la consommation quotidienne d'alcool. La qualité de vie liée à la santé a été évaluée prospectivement en utilisant le MOS-SF-36 au départ, puis tous les 3 mois.

Des questionnaires auto-administrés ont été distribués. La sévérité de la dépendance à l'alcool a été mesurée à l'aide de l'échelle de dépendance à l'alcool (ADS, Skinner et Horn, 1984), un questionnaire évaluant les symptômes de sevrage alcoolique, le manque de contrôle sur la consommation d'alcool, la conscience de la nécessité de boire, la tolérance accrue à l'alcool et la conscience du comportement de consommation de boisson. Les conséquences néfastes de la dépendance à l'alcool ont été mesurées en utilisant le Drinker Inventory of Consequences.

La dépression a été évaluée à l'aide du formulaire Beck Depression Inventory-Short. Il n'est pas précisé si la collecte des informations de ce questionnaire s'est effectuée par un spécialiste.

Conduite de la recherche

Le processus de collecte des données est décrit au paragraphe précédent. Certains questionnaires ayant été auto-administrés, d'autres ayant été remplis par un psychologue qualifié.

Analyse des données

L'association entre le profil de consommation et les scores récapitulatifs MOS-SF-36 dans la cohorte a été décrite pour trois groupes de patients ayant des profils dominants d'utilisation de l'alcool, en fonction de leurs profils de consommation : a) « patients presque abstinents : la plupart sont des abstinents », (b) des « buveurs modérés » et (c) des « gros buveurs ».

Les facteurs suivants ont été testés : âge, sexe, vie seule, emploi, âge d'apparition de la dépendance à l'alcool, antécédents familiaux d'alcoolisme, sévérité et conséquences de la dépendance à l'alcool, tabagisme, consommation de drogues, dépression et groupe de consommation d'alcool (plutôt abstinents, plutôt buveurs modérés ou plutôt gros buveurs).

Ces variables ont été choisies en fonction des données disponibles dans la littérature sur les facteurs associés à la QDV chez les personnes alcoolodépendantes.

Le site initial de recrutement a également été inclus comme variable dans les analyses car il pourrait éventuellement avoir un effet.

RESULTATS

Présentation des résultats

Parmi les 160 patients qui ont été inclus dans l'étude, 59 ont complété toute la période d'étude jusqu'à 24 mois. 42 patients avaient arrêté le traitement au 3^{ème} mois, 22 autres au 12^{ème} mois et 37 ont abandonné au cours de la deuxième année de l'étude.

Les caractéristiques sociodémographiques et de base des participants à l'étude sont résumées dans un tableau. L'âge moyen des participants était de 45,6 ans, les deux tiers étaient des hommes, un peu plus de la moitié étaient sans emploi. Près des deux tiers étaient célibataires ou vivaient seuls.

Les antécédents familiaux de dépendance à l'alcool étaient courants (66,9%) et la dépendance à l'alcool des patients a commencé à l'âge moyen de 32,4 ans. Au départ, le score ADS (alcohol dependence scale) moyen était de 16,5, ce qui indique, en moyenne, un niveau intermédiaire de gravité de la dépendance à l'alcool. Les patients ont déclaré en moyenne 15 jours de consommation excessive d'alcool (un jour avec une consommation d'alcool > 60 g pour les hommes et > 40 g pour les femmes) le mois précédent et ont déclaré consommer en moyenne 7,7 verres par jour de consommation. Près des trois quarts des patients fumaient du tabac, tandis que plus du quart utilisaient des drogues ; 50% des patients ont été qualifiés de « déprimés ».

La proportion concernant les trois groupes selon leur consommation dominante d'alcool au cours des deux années de suivi se répartissait de tel manière que 52 (32,5%) étaient classés en majorité abstinents, 64 (40,0%) étaient des buveurs modérés et 44 (27,5%) comme des gros buveurs.

Qualité de vie : score MOS-SF-36 de la composante mentale :

Les scores des composantes mentales MOS-SF-36 de référence sont présentés dans un tableau. Parmi les trois groupes de patients, une meilleure QDV est observée chez ceux qui étaient plutôt abstinents, intermédiaires pour les buveurs modérés et plus faibles parmi les patients du groupe gros buveurs.

Au cours de l'étude, les scores se sont améliorés dans l'ensemble de l'échantillon de l'étude et dans chaque groupe individuel. Des améliorations ont été observées au troisième mois, et les scores des

composantes mentales ont généralement été maintenus ou augmentés pendant le reste de l'étude. Le score de la composante mentale pour le groupe des plutôt abstinentes a atteint la norme de la population générale ~ 10 mois après le début du traitement et est resté autour de ce niveau par la suite. Même si les scores des composantes mentales se sont améliorés dans les groupes de buveurs modérés et surtout de gros buveurs, ils sont restés inférieurs à la norme de la population.

Dans l'analyse de régression linéaire univariée, un certain nombre de paramètres étaient associés au score de la composante mentale (dans le sens d'un score mental plus sévère), le jeune âge, les femmes, consommation d'alcool débutée lors du jeune âge, un score ADS (alcohol dependence scale) plus élevé, un apport quotidien en alcool plus élevé, une dépression et une consommation modérée ou majoritairement forte. Ceci est représenté par un tableau.

Il n'y avait aucune association entre le score de la composante mentale et l'état matrimonial, le statut d'emploi, le tabagisme ou l'usage de drogues.

Le score de dépression Beck a vu une amélioration de 5 points pour le groupe des plutôt gros buveurs.

Qualité de vie : score résumé du composant physique MOS-SF-36

Les scores des composantes physiques de base MOS-SF-36 sont présentés dans un tableau. Le score moyen de la composante physique de référence pour l'ensemble de la population étudiée est resté relativement stable tout au long de l'étude. Les scores de synthèse des composantes physiques ne différaient pas substantiellement entre les trois groupes.

Les résultats sont résumés par un texte narratif, cependant l'auteur ne précise pas qu'il ait fait évaluer les données par les participants ou par des experts.

En conclusion, la méthodologie d'analyse statistique de cet article exige un niveau de compréhension scientifique élevé.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Cette étude indique que la QDV liée à la santé mentale (mesurée avec le MOS-SF-36), s'est améliorée chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool, durant les 24 mois de suivi du programme de traitement de l'alcool.

Une amélioration a été observée dès le 3^{ème} mois, puis a ensuite été maintenue au fil du temps. La progression de la QDV liée à la santé mentale semble être liée au mode de consommation prédominant des participants ainsi qu'à tout changement dans leur niveau de dépendance à l'alcool pendant le traitement. Contrairement à la QDV en santé mentale, la QDV physique n'a pas changé au cours de l'étude et n'a pas différé sensiblement entre les individus ayant des habitudes de consommation différentes.

Il est clairement établi que la QDV est altérée chez les individus ayant une dépendance à l'alcool (Welsh et al., 1993, McKenna et al., 1996, Volk et al., 1997, Daepfen et al., 1998, Foster et al., 2000b). Des études évaluant spécifiquement la QDV au fil du temps ont montré que le traitement de la dépendance à l'alcool est suivi d'améliorations de la QDV mentale après 3 semaines à 3 mois (Morgan et al., 2004, Eshelman et al., 2010 ; Gonzalez et al., 2011). La plus grande de ces études a évalué les changements de QDV chez plus de 1200 patients ayant une dépendance à l'alcool pendant un traitement avec l'acamprosate et un soutien psychosocial (Morgan et al., 2004). Dans cette étude, des améliorations dans le score MOS-SF-36 sommaire de la composante mentale ont eu lieu dans un délai similaire, avec une amélioration constatée après 3 mois. Il convient de noter que cette étude n'a pas évalué l'effet d'un régime de traitement spécifique sur la QDV, mais les changements de QDV chez les patients ont offert l'opportunité de recevoir un programme de soins standard dans notre centre (qu'ils acceptent un traitement ou dans quelle mesure ils ont respecté le traitement). Par conséquent, la conception de cette étude ne permet pas de tirer des conclusions causales sur les effets du traitement de la dépendance à l'alcool sur la QDV. Les résultats de notre étude montrent que les améliorations observées après 1 ou 3 mois ont été maintenues à 24 mois.

Plusieurs des études mentionnées ont également montré que les améliorations de la QDV en santé mentale observées à 1 ou 3 mois étaient maintenues (et dans certains cas légèrement améliorées) après 6-12 mois (Morgan et al., 2004 ; Eshelman et al. 2010, Martinez-Gonzalez et al., 2011). Les résultats de la présente étude sont en accord avec cela, et prolongent les données, montrant que les améliorations ont été maintenues à 24 mois.

La présente étude fournit également des informations en termes d'effets observés chez les individus en fonction de leur mode de consommation prédominant d'alcool. Trois groupes ont été identifiés : les plutôt abstinentes, les plutôt buveurs modérés et les plutôt gros buveurs. Des améliorations du score mental ont été observées dans les trois groupes. Il est intéressant de savoir que chez les patients classés en majorité abstinentes, le score atteint le niveau normatif observé dans la population générale. Tandis que chez les buveurs modérés et gros buveurs, les scores demeurent inférieurs à la norme, particulièrement chez les gros buveurs.

Dans cette étude, des facteurs ont été identifiés comme prédictifs indépendants du score MOS-SF-36. Il s'agit du groupe des plutôt gros des buveurs, des femmes, de la présence d'une dépression modérée à sévère et un taux élevé de dépendance à l'alcool.

Limites :

Une limite importante de cette étude était le taux d'abandon, 37%. Celui-ci a forcément un impact sur la capacité à tirer des conclusions solides. Cependant, nos analyses de sensibilité suggèrent que les sujets perdus de vue étaient similaires à leurs homologues au départ en ce qui concerne l'âge, le sexe, la dépression, la sévérité de la dépendance alcoolique et la répartition en groupe. Cela signifie qu'un taux de suivi plus élevé aurait abouti à des résultats similaires, sauf s'il existait d'autres différences de base non incluses dans les analyses de sensibilité à savoir les troubles psychiatriques non évalués au départ.

L'utilisation du questionnaire MOS-SF-36 représente une autre limitation potentielle. Bien qu'il soit considéré comme valable chez les sujets dépendants à l'alcool (Daeppen et al., 1998, Stein et al., 1998), il n'en demeure pas moins une mesure générale de l'état de santé et ne repose pas sur des symptômes spécifiques associés à la dépendance à l'alcool. Ainsi, les informations collectées peuvent ne pas être complètement pertinentes ou spécifiques pour les personnes ayant une dépendance à l'alcool et ne pas être la mesure idéale de la QDV dans ce groupe (Luquiens et al., 2012). Cependant, aucun instrument spécifique n'a encore été développé pour évaluer les changements de la QDV chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool (Luquiens et al., 2012).

En raison de l'absence d'évaluation de la QDV dans un délai de trois mois, la QDV pourrait s'être détériorée au cours des premières semaines de traitement, ce qui aurait été oublié dans la présente étude. Cependant, le but principal de l'étude était d'évaluer les changements sur une période plus longue allant jusqu'à 24 mois.

Il n'y avait pas non plus de groupe témoin dans l'étude. Néanmoins, le but de l'étude était d'obtenir des données dans un cadre reflétant la pratique clinique normale. Enfin, comme les patients alcoolodépendants ont été recrutés après une première évaluation pour un traitement dans un centre de Lausanne (Suisse) et inclus dans trois contextes différents, nos résultats sont limités à d'autres patients dans d'autres pays, avec des processus ou des paramètres de recrutement différents.

En conclusion, les scores MOS-SF-36 des composants mentales se sont améliorés chez les sujets dépendants à l'alcool au cours des 24 mois suivant une évaluation initiale pour un traitement standard lié à l'alcool. Une amélioration précoce de la QDV liée à la santé mentale a été observée et s'est maintenue au fil du temps. La progression du score MOS-SF-36 sur les composantes mentales était liée à la tendance prédominante de la consommation d'alcool et à la consommation d'alcool.

Les conclusions découlent logiquement des résultats, cependant leur caractère transférable n'est pas soulevé.

Conséquences et recommandations

Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ne sont pas précisément et explicitement précisées.

L'auteur ne fait pas de recommandations pour la pratique ou les recherches futures, mais il précise effectuer un apport dans un domaine encore peu riche en littérature.

Article 7 :

Eléments d'évaluations
Van Amsterdam., J. & Van den Brink., W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence.
Titre
Le titre précise la population qui ont une problématique à l'alcool et l'alcoolodépendance. Elle précise également les concepts clés de la consommation réduite comme objectif viable de traitement.
Résumé
Le résumé parle de la problématique, c'est-à-dire qu'il décrit et met en avant la consommation réduite d'alcool comme pouvant être un supplément possible de traitement pour les patients qui présente des problèmes d'alcool ou d'une dépendance à l'alcool. La méthodologie, les résultats et la discussion ne sont pas présentent.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le problème est clairement formulé. Il s'agit d'étudier la consommation réduite d'alcool (la consommation contrôlée). L'abstinence en tant qu'unique objectif thérapeutique est associé à une faible participation des patients au traitement et donc à des résultats qui ne sont que modérément réussis. C'est pourquoi, les auteurs aimeraient trouver d'autres alternatives de traitements tels que la consommation contrôlée.</p> <p>La consommation d'alcool touche tout le monde et commence relativement tôt en Europe. La consommation problématique au niveau mondial touche un grand nombre de personnes. La consommation excessive d'alcool a de nombreuses conséquences néfastes, qui ont une répercussion sur la santé et le bien-être de l'individu tels que des cancers, des cirrhoses du foie, des accidents mortels, des décès, mais également des répercussions au niveau économique et juridique.</p> <p>Les auteurs mettent en avant les bénéfices concernant la consommation contrôlée, les effets positifs de la réduction d'alcool ou de l'arrêt chez les grands buveurs. Les études menées montrent une diminution de la mortalité, de la morbidité, une diminution des problèmes juridiques et financiers, une réduction des absences pour cause de maladie, la durée d'hospitalisation réduite et une augmentation de la qualité de vie des individus.</p> <p>Les auteurs exposent l'influence de la stigmatisation perçue qui peut être un obstacle à la recherche de traitement chez la personne alcoolodépendante. De plus, le refus de la gravité du problème, les croyances négatives sur les programmes de traitement et les problèmes de confidentialité peuvent être des obstacles au traitement.</p> <p>Oui, c'est significatif pour la pratique infirmière puisque cette problématique touche un certain nombre de personnes et elle a un impact au niveau de la santé de l'individu.</p>
Recension des écrits
<p>Oui, une recension a été faite puisque c'est une revue de littérature. Plusieurs articles ont été sélectionnés sur le même sujet afin de démontrer si les effets sont bénéfiques ou non.</p> <p>Oui, elle fournit une synthèse de la problématique et fournit beaucoup d'informations étant donné que c'est le but d'une revue de littérature. Elle présente l'état des connaissances actuelles sur les traitements et thérapies proposés. La recension des écrits se fonde sur des bases solides pour l'étude.</p> <p>Oui la recension présente des sources primaires en citant clairement les auteurs.</p>
Cadre de recherche
<p>Les concepts clés tels que la dépendance à l'alcool, la consommation à risque réduit, la consommation d'alcool contrôlée, l'abstinence et l'alcoolisme ne sont pas définis par une définition mais expliqués au sens large en citant les risques, les bénéfices ou les conséquences de ceux-ci.</p> <p>Les concepts sont liés au but de l'étude qui est d'optimiser le traitement de la consommation contrôlée.</p>

ou réduite. Il n'y a pas de cadre de référence et les bases philosophiques ne sont pas mentionnées.
Buts et question de recherche
<p>Le but de l'étude est de trouver des thérapies supplémentaires, une alternative de traitement autre que l'abstinence telle que la consommation réduite de boisson alcoolisée ou la consommation contrôlée. Le but est énoncé de façon claire et précis.</p> <p>Il n'y a aucune hypothèse et les variables ne sont pas décrites car elles dépendent de chaque étude. La population n'est pas clairement définie excepté qu'il s'agit de personnes présentant une dépendance à l'alcool.</p> <p>La revue ne traite pas de l'expérience, des croyances, des valeurs ou de la perception des participants. Il n'a pas été émis s'ils ont utilisé des bases philosophiques ou théoriques comme références.</p>
METHODE
Population et échantillon
<p>Il n'y a pas de population à l'étude étant donné qu'ils ont réalisé une revue de littérature (récolte de plusieurs études déjà réalisées sur un sujet). Ils précisent la population et la taille de l'échantillonnage dans certaines études, pour certains biens détaillés, ainsi que la méthodologie. Tous deux sont expliqués sur une base statistique. Ils ne précisent pas pour les études présentées la manière dont ils se sont pris pour recruter les participants.</p> <p>Les critères d'inclusion n'ont pas été décrits pour l'étude excepter qu'il s'agissait de personnes présentant des troubles liés à l'alcool et le but de l'étude.</p>
Considérations éthiques
Par rapport aux études présentées, ils n'ont pas émis les droits des participants étant donné qu'il n'y en a pas car il n'est pas question de considération éthique.
Devis de recherche
<p>Par les différentes études que les auteurs ont mentionnées, leur but a pu être atteint car ils démontrent les différents aspects de la consommation contrôlée et du sevrage. Dans cette revue il n'y a pas d'hypothèse, elle fournit un moyen d'identifier les questions de recherche.</p> <p>Les différents RCT utilisés ont leurs propres critères scientifiques dans cette revue.</p> <p>La méthode est appropriée à cette revue car elle fait une synthèse des différentes études menées sur la problématique.</p> <p>Pour quelques études mentionnées, le temps passé auprès des participants a été décrit et est adéquat pour ces études. Pour la revue en elle-même, il n'y a pas de temps sur le terrain car ce n'est pas une expérimentation.</p>
Mode de collectes de données
<p>Oui, les questions de recherche sont bien posées par rapport au contexte actuel.</p> <p>Aucune information sur les outils de mesures dans cette revue systématique n'a été détaillée, ce qui ne permet pas de mesurer les variables. De ce fait l'auteur ne précise nullement si les études ont utilisé des instruments déjà existant ou s'ils ont dû en créer.</p> <p>Il n'y a pas eu d'intervention, pas de procédure expérimentale et pas d'observation qui aurait pu être effectués car il s'agit d'une revue systématique.</p>
Conduite de la recherche
<p>Il n'y a pas de procédure de collecte de données étant donné qu'il s'agit d'une revue. Mais la méthode d'extraction des articles et la manière dont ils se sont pris n'est pas décrite et l'enregistrement de ceux-ci non plus.</p> <p>Dans les différentes études mentionnées, les auteurs comparent les bénéfices du sevrage ou de la consommation contrôlée et mettent en avant les résultats obtenus des différentes études analysées.</p> <p>Rien n'est dit concernant le personnel.</p>
Analyse des données
<p>Il n'y a pas de méthodes d'analyse. En ce qui concerne les études utilisées, les méthodes d'analyse ne sont pas clairement décrites.</p> <p>Les auteurs ne spécifient pas clairement les risques de biais des différentes études, ils mettent en avant certains facteurs qui pourraient influencer les résultats mais ce n'est pas détaillé.</p> <p>Le résumé fait une synthèse des différentes études utilisées pour cette revue et met en avant les</p>

<p>résultats obtenus. Oui les thèmes font ressortir la signification des données.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>On retrouve 3 grands tableaux qui sont présentées avec un texte narratif mais pas pour toutes les études qui ont été présenté dans cette revue. La lecture des résultats n'est pas facile car tous sont regroupés ensemble. Cependant, ils sont tout de même associés entre eux et sont classés par thèmes. Dans cette revue, l'analyse des données par des experts n'a pas été décrite. Il n'y a pas de résumées en soi des résultats.</p>
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats ont été synthétisés et décrit en fonction de la thématique de départ et selon les tests statistiques utilisées. Comme il n'y a pas d'expérimentation ni de recherche, il n'y a pas de discussion des résultats. La conclusion et l'interprétation en découlent logiquement selon l'analyse menée. Elles mettent en lumière les informations importantes qu'ils ont pu trouver dans les différentes études qu'ils ont mentionnées.</p> <p>Les limites de l'étude disent que malheureusement ils en savent relativement peu sur les effets à long terme (plus de 2 ans) de la consommation contrôlée d'alcool et que d'autres études sont nécessaires.</p> <p>Pour la pratique, la conclusion met en avant que la consommation contrôlée d'alcool pourrait être envisagée et recommander à être développer en tant que nouveaux traitements psychothérapeutiques chez les patients souffrant des troubles liés à l'alcool en complément du système qui visent actuellement l'abstinence.</p>
Conséquences et recommandations
<p>Les données qui ont été fourni sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions dans cette revue.</p> <p>Les conséquences des résultats de l'étude sont tout à fait pertinentes pour la discipline et la pratique clinique car le problème de l'alcool est un problème de santé publique et touche un grand nombre de la population mondial. Elle précise également qu'il est nécessaire et urgent d'effectuer de nouvelles études sur le sujet afin de l'approfondir et qu'elle pourrait t'être envisagée dans un futur comme moyen thérapeutique. Tout ça dans le but d'optimisée la prise en charge pour les patients ayant des problèmes d'alcool en tenant compte de leurs objectifs principaux et de ce qui pourrait leurs convenir.</p>

Article 8 :

Eléments d'évaluations
<p>Prisciandaro, J., DeSantis, S-M. & Bandyopadhyay, D. (2013). Simultaneous modeling of the impact of treatments on alcohol consumption and quality of life in the Combine study: a coupled hidden Markov analysis</p>
Titre
<p>Il s'agit dans cette étude d'étudier l'impact des traitements sur la consommation d'alcool et l'impact sur la qualité de vie. Le titre précise également qu'il s'agit d'un modèle de Markov caché (MMC), il s'agit donc d'un modèle statistique. La population à l'étude et le type de traitement n'est pas clairement précisées.</p>
Résumé
<p>Le résumé est bien structuré et facilite la lecture. L'étude met en avant la problématique ; les essais cliniques ont toujours considéré la consommation d'alcool comme étant le résultat principal et la qualité de vie est considérée comme des résultats secondaires. L'outil utilisé dans cette étude permettra d'avoir une analyse plus précise des résultats primaires et secondaires dans les essais cliniques. Le but de celle-ci vise à évaluer les associations longitudinales entre l'état du traitement, la consommation d'alcool et la qualité de vie dans les pharmacothérapies combinées et les interventions</p>

comportementales pour l'étude de l'alcoolodépendance.

1383 patients alcoolodépendants ont été randomisés dans neuf groupes de traitement.

Les résultats de la modélisation conjointe ont suggéré que le traitement de Naltrexone diminue le pourcentage de jour de la consommation abusive d'alcool et améliore légèrement la qualité de vie, surtout au niveau de la santé mentale.

Ils concluent que leurs études illustrent une approche statistique puissante et novatrice afin d'évaluer simultanément l'impact des traitements sur les résultats primaires et secondaires en essais clinique. Les interventions comportementales peuvent avoir un impact sur le comportement et la consommation d'alcool de la personne ainsi qu'un effet bénéfique sur sa qualité de vie.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Les essais cliniques sur l'alcoolisme portaient uniquement sur l'amélioration symptomatique des résultats primaires. Puis, récemment, les essais cliniques ont commencé à évaluer l'impact des traitements sur le bien-être général des patients. Ce changement reflète de la reconnaissance du fonctionnement psychosocial et de la qualité de vie des patients qui montrent d'importants résultats d'améliorations sur les symptômes généraux. Des recherches ont démontrés que la consommation excessive d'alcool est associée à une diminution de la qualité de vie qui est liée à la santé. Elles ont aussi démontré que les personnes alcoolodépendantes ont des niveaux de qualité de vie qui sont équivalents à des personnes atteintes de maladies chroniques ou de troubles psychiatriques et que de ce fait, la désintoxication, l'abstinence et le traitement peuvent augmenter la qualité de vie de la personne.

A ce jour, aucune étude n'a examiné l'impact du traitement sur le résultat multivarié de comportement en matière de consommation d'alcool et de qualité de vie lié à la santé. Cette étude veut voir l'impact du traitement sur la consommation et la qualité de vie des patients et met en avant les avantages statistiques des modèles à variables latentes.

Recension des écrits

Oui une recension a été entreprise, les auteurs se basent sur d'autres études et ils fournissent une synthèse de la question par rapport à la problématique de recherche.

Oui la recension des écrits semble amener une base solide sur le sujet et les auteurs présentent la problématique au vu des connaissances actuelles.

Oui la recension présente des sources primaires

Cadre de recherche

Les concepts clés dans cette étude sont mis en évidence. Il s'agit: du modèle de Markov caché, Combiner, analyse conjointe, alcoolisme, dépendance à l'alcool, la naltrexone, l'acamprosate, comportemental, état latent.

Oui les concepts sont liés au but de l'étude mais il n'a pas été mentionné s'ils avaient un cadre philosophique.

Buts et question de recherche

Le but de cette étude vise à évaluer les associations longitudinales entre l'état du traitement, la consommation d'alcool et la qualité de vie dans les pharmacothérapies combinées et les interventions comportementales pour l'étude de l'alcoolodépendance.

Les questions de recherches, les variables et la population à l'étude sont énoncées de façon claire.

Oui les questions de recherches reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de l'étude. Par contre elle ne traite pas de l'expérience, des croyances, des valeurs ou des perceptions des participants.

Oui les variables reflètent les concepts dans le cadre de recherche.

Les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques ni sur un cadre théorique.

METHODE

Population et échantillon

La population aurait pu être définie de manière plus précise. 4965 personnes ont été recrutées sur 11 sites et ont été examinées pour être admises. Les critères d'inclusion comprenaient le diagnostic de dépendance à l'alcool du DSM-IV et les critères d'exclusion comprenaient les antécédents récents de

<p>toxicomanies (autre que l'alcool, la nicotine et la marijuana), une maladie psychiatrique nécessitant des médicaments et un état de santé instable.</p> <p>1383 participants (31% de femmes et 69% d'hommes) ont répondu aux critères de l'étude et ont été assignés au hasard à l'un des neuf groupes de traitement après l'évaluation initiale. 8 groupes ont reçu des traitements ou un placebo et une gestion médicale tant dis que le neuvième groupe a reçu une intervention comportementale combinée seulement. Les participants ont reçu un traitement durant 16 semaines. Après la fin du traitement actif (les 16 semaines) les participants ont été suivis pendant encore 52 semaines.</p> <p>Aucune information n'est donnée quant au projet d'accroître l'échantillon ni comment la taille de l'échantillon a été déterminée. Seuls les critères d'inclusions et d'exclusion des participants ont été mentionnés.</p>
<p>Considérations éthiques</p> <p>Rien n'est dit par rapport à la sauvegarde des droits des participants.</p> <p>Aucune information non plus.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p>Le devis utilisé est une RCT. Elle permet d'atteindre son but car il y a 9 groupes à l'étude et elle est faite à l'aveugle.</p> <p>Les outils utilisés dans cet article sont adéquats.</p> <p>Oui le devis permet d'examiner les questions de recherches et il permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>Ils ont suivi les participants sur une durée de 52 semaines.</p>
<p>Modes de collectes de données</p> <p>Oui les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Les auteurs décrivent leurs différentes étapes. Ils ont commencé à analyser les profils latents avec différents critères. Par la suite, ils ont utilisé la modélisation univariée cachée de Markov (MMC). Après avoir déterminé le nombre optimal des états latents pour chaque construction, ils ont construit trois MMC univariés qu'ils ont fini par entre eux.</p> <p>Oui les questions de recherche ont bien été posées et les observations du phénomène ont été bien ciblées.</p> <p>Ils non pas créés d'outils pour cette étude mais ils ont été importés.</p> <p>Oui la procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>En ce qui concerne le processus de collecte de données, elles ont été recueillies lors des entrevues structurées. La variable de la consommation a été évaluée par la fréquence et la quantité d'alcool consommé par jour.</p> <p>La qualité de vie a été évaluée à l'aide de l'évaluation de la santé du patient et sur les résultats médicaux par un formulaire abrégé comprenant deux échelles récapitulatives : santé physique et mental (un score élevé représente une meilleure qualité de vie).</p> <p>Rien ne stipule si les auteurs ont utilisé du personnel compétent afin de minimiser les biais.</p>
<p>Analyse des données</p> <p>Oui, les méthodes d'analyses sont décrites.</p> <p>En ce qui concerne les facteurs qui peuvent être susceptibles d'influencer sur les résultats, rien n'a été énoncé à ce sujet.</p> <p>Les résumés des résultats auraient pu être plus compréhensibles.</p> <p>Oui, les thèmes font ressortir de manière adéquate la signification des données.</p>
<p>RESULTATS</p>
<p>Présentation des résultats</p> <p>Oui, les résultats sont présentés à l'aide de figures se trouvant en annexes.</p> <p>Les auteurs décrivent de façon précise les thèmes qui ont été associées afin de représenter le phénomène.</p> <p>Les résultats sont résumés en trois textes narratifs. Rien n'affirme si l'évaluation des données a été effectuée par les participants ou les experts.</p>

DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions. Les résultats ont été discutés à la lumière avec les études antérieures. Pour certaines études, les résultats concordent mais pour d'autres non.</p> <p>Oui, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.</p> <p>Ou, les limites de l'étude ont été définies. Premièrement, les critères d'inclusions et d'exclusions généralisent et limites les résultats pour les patients alcoolodépendantes. Deuxièmement, bien que les chercheurs aient trouvé un certain soutien pour la médiation statistique, les effets n'étaient significatifs qu'à un niveau de confiance de 90%. Troisièmement, seulement trois occasions d'évaluation ont été faites dans l'étude pour la qualité de vie des patients. Dernièrement, le modèle de Markov caché est limité car il doit avoir un grand échantillon.</p> <p>Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats</p>
Conséquences et recommandations
<p>Les résultats de l'étude ont démontré que le traitement à l'Naltrexone à significativement diminuer les jours de consommation excessive d'alcool et augmenter la qualité de vie en matière de santé mentale des personnes alcoolodépendantes. Aussi, la combinaison du traitement à l'Naltrexone et des interventions comportementales combinée ou le traitement à l'Acamprosate et des interventions comportementales combinées ont montrées une amélioration significative de la qualité de vie physique et une légère diminution journalière de la consommation excessive d'alcool.</p> <p>Les chercheurs conviennent que les mesures de la consommation et de la qualité de vie sont des facteurs importants pour l'efficacité du traitement. Les résultats primaires et secondaires peuvent être tout aussi importants et doivent être considéré sur le même pied d'égalité.</p> <p>Le modèle de Markov caché ou à défaut, d'autres techniques d'analyse des variables latentes, peuvent conduire à une capacité d'amélioration à détecter des effets thérapeutiques significatifs dans les essais cliniques. Ils peuvent également fournir des estimations plus précises de l'impact des traitements sur les résultats primaires et secondaires.</p> <p>Pour les recherches futures, elles devraient évaluer la qualité de vie et d'autres résultats généraux à plus haute résolution de sorte que des estimations plus précises sur les effets des traitements puissent être obtenues. Ils encouragent également les chercheurs à utiliser le modèle de Markov caché ou d'autres méthodologies similaires à l'avenir.</p> <p>Pour conclure, les chercheurs mettent en avant que la combinaison de naltrexone et l'intervention comportementale est le meilleur traitement disponible afin d'améliorer la qualité de vie et de diminuer la quantité d'alcool chez les patients alcoolodépendants.</p>

Article 9 :

Eléments d'évaluations
<p>Luquiens, A., Reynaud, M., & Aubin, H. J. (2011). Is Controlled Drinking an Acceptable Goal in the Treatment of Alcohol Dependence? A Survey of French Alcohol Specialists. <i>Alcohol and Alcoholism</i>, 46(5), 586–591. https://doi.org/10.1093/alcalc/agr083</p>
Titre
<p>La consommation contrôlée d'alcool est-il un but acceptable dans le traitement de la dépendance d'alcool ? Une enquête des spécialistes français en alcoologie.</p> <p>Le titre précise la population, les personnes dépendantes à l'alcool.</p>
Résumé
<p>But : L'évaluation de l'acceptation de la consommation contrôlée d'alcool (CC) parmi les spécialistes français en alcool.</p> <p>Méthodes : Enquête en ligne de 547 spécialistes français en alcool. Nous avons recherché des facteurs liés à l'acceptation de la CC, et des facteurs qui ont affecté la sélection des spécialistes dans but de</p>

traitement. Des critères pour le succès employé par des spécialistes dans la pratique clinique ont été comparés aux critères prévus pour être employé dans les tests cliniques.

Résultats : La CC a été acceptée en tant qu'un but de traitement par 48,6% de spécialistes en alcool, et la CC est pratiquée par 61,9% pour leurs propres patients. Les facteurs en sélectionnant des buts de résultats étaient : le choix du patient, l'auto-efficacité perçue, l'histoire de rechute et la sévérité de la dépendance. L'âge, la profession et la base de l'opinion des spécialistes sur la CC ont été associés à l'acceptation de la CC.

Conclusion : La moitié des spécialistes français en alcool acceptent la CC comme but. L'acceptation a été associée aux caractéristiques personnels et professionnelles des spécialistes. Les critères de succès qu'utilisent les spécialistes dans leur pratique clinique diffèrent de ceux qu'ils comptent employer dans les tests cliniques.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Une cartographie de l'état d'acceptation de la CC dans certains pays est réalisée. Ce sujet est controversé depuis les années 1960 aux états unis, puis plus tard dans le monde. Les professionnels s'intéressant au meilleur traitement face à la dépendance à l'alcool se divisent en deux selon le but de traitement, qu'il doit abstenir ou non-abstenir. Il n'existe pas de définition convenue de la consommation contrôlée comme résultat, selon qu'on le considère d'un point de vue quantitatif ou du point de vue de la qualité de vie. La qualité de vie reflétant les conséquences de la consommation d'alcool. Certains auteurs proposent d'intégrer les deux phénomènes à la définition de la CC.

Il est pertinent d'évaluer la qualité de vie dans le cadre de la CC. En effet, c'est une composante qui est de plus en plus évaluée dans les études de la dépendance à l'alcool, de plus elle est cohérente avec la définition de la santé de l'OMS. L'institut national sur l'abus d'alcool (France) a déterminé un critère sentinelle considérant un pourcentage de jour d'abus d'alcool.

Dans cet article, différentes études sont mises en évidence comparant la consommation contrôlée et l'abstinence et montrant des pourcentages d'atteinte de l'objectif relativement équivalents.

Les deux patterns s'opposent, les spécialistes partisans de l'abstinence tentent de démontrer la CC comme objectif de consommation. En effet, ils disposent de bien plus de documentation, d'études sur le sujet, car il est étudié depuis longtemps. Cependant les partisans pour la CC ont, malgré le manque d'études à ce sujet, des arguments en faveur d'un bon pronostic pour l'objectif de la consommation contrôlée. Les récentes études démontrent de bons résultats sur la qualité de vie et précisent que ces résultats sont durables. En outre, la CC peut amener à résolution de la dépendance à l'alcool.

Certains critères prédéterminant pourraient être à l'origine d'un meilleur taux de réussite de CC : le jeune âge, l'état civil, la sévérité de la dépendance, l'autodétermination de l'objectif thérapeutique par le patient et la confiance en un but thérapeutique.

L'acceptabilité de la CC comme but est particulièrement étudiée depuis les années 1990 en Australie, en Grande-Bretagne, en Norvège au Canada et en Suisse. Les Etats-Unis quant à eux restent réticents face à la CC. Aucune étude sur l'acceptation de la CC comme objectif thérapeutique n'a été menée en France.

Recension des écrits

La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.

La recension des écrits présente une base solide pour l'étude, en expliquant l'importance de mener cette étude. Et présente l'état des connaissances actuelles et le manque d'études concernant ce problème.

La recension ne présente que des sources primaires, elle dépeint un tableau concis et clair de l'état de la situation concernant la CC.

Cadre de recherche

Le concept de CC est mis en évidence et inscrit dans un contexte international. Il est précisé qu'il n'a pas été clairement défini, cependant des idées de définition sont mises en avant, en lien avec : la qualité de vie, et le nombre de jours d'abus d'alcool.

Le concept de CC est directement lié au but de l'étude. Il s'oppose à l'objectif d'abstinence ce qui a pour effet de départager les professionnels. Il est précisé que certains facteurs pourraient favoriser l'atteinte du but par les patients.

Buts et question de recherche
Quatre objectifs ont guidés cette étude : 1) Evaluer l'acceptation de la CC comme but chez les spécialistes français du traitement de la dépendance à l'alcool, 2) Etudier les caractéristiques des patients qui influencent la sélection des spécialistes pour l'abstinence ou la non-abstinence comme but thérapeutique, 3) Identifier des facteurs indépendants liés à l'acceptation des spécialistes de la CC comme but, 4) Evaluer des critères de résultats employés par des spécialistes dans la pratique clinique, comparée aux critères ils comptent être employés dans les tests cliniques.
METHODE
Population et échantillon
L'étude a été menée auprès de la société française d'alcoologie. Les 547 membres ayant enregistré une adresse électronique ont reçu par e-mail un questionnaire anonyme. Ont été exclu un grand nombre de spécialistes français en alcoologie, puisque n'ont été retenus que ceux faisant parti de la SFA, ceci pour des raisons pratiques L'échantillon n'est pas décrit de façon très détaillée. Le plan d'échantillonnage n'a pas ratisé au plus large puisqu'un grand nombre de spécialistes en alcoologie ne font pas parti de la SFA.
Considérations éthiques
L'enquête a été approuvée par un Comité d'Éthique (Comité National Informatique et Libertés).
Devis de recherche
Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but dans la mesure où un nombre suffisant de spécialistes répond au questionnaire. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte des données proposés, il paraît extrêmement commode d'envoyer par e-mail les questionnaires et de les recevoir ensuite sous format informatique. Cela ne nécessite pas d'engager du personnel qualifié pour remplir les questionnaires ni de déplacer ces personnes dans de nombreuses institutions à travers la France. Par conséquent la méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.
Modes de collectes de données
Les données suivantes ont été rassemblées : Caractéristiques sociodémographiques des spécialistes. L'école théorique du spécialiste qui a influencé le type de traitement. Années d'expérience dans le domaine du traitement à alcool. S'il travaille dans une institution, le type d'institution (résidentiel, ambulatoire ou mixte), et l'acceptabilité de la CC comme but pour l'établissement. Des informations sur le type de patients soignés, y compris l'âge et les substances impliqués. Acceptation des spécialistes de la CC comme objectif, et son utilisation dans la pratique clinique, y compris le pourcentage de patients qui visent au commencement la CC, et le pourcentage des patients pour qui le spécialiste envisage l'objectif de CC comme approprié. La CC est-elle définie comme un résultat, y compris le seuil du nombre de boissons, le retour à la boisson sans entrer dans les critères d'abus ou de dépendance, le retour à une qualité de vie satisfaisante, ou la consommation d'alcool sans conséquence négative. L'opinion de base des spécialistes pour l'objectif de CC : recherche scientifique, expérience professionnelle, expérience personnelle, la théorie d'école, la politique de l'établissement sur la CC comme but. Les critères préférentiels du spécialiste pour le succès du traitement de la dépendance à l'alcool dans la pratique clinique. Point final primaire prévu dans les tests cliniques de la dépendance d'alcool. L'auteur n'indique pas si le questionnaire a été créé pour les besoins de l'étude ou s'il est importé. Les questions paraissent cohérentes avec les objectifs de l'étude.
Conduite de la recherche
Le processus de collecte des données est décrit clairement avec la population. Les questionnaires ont été remplis par des spécialistes, puisque c'est leur avis vis-à-vis de la CC qui est à l'étude

<p>Analyse des données</p> <p>Les méthodes d'analyse sont décrites.</p> <p>Le résumé des résultats est presque compréhensible et met en évidence la combinaison des variables ainsi que celles qui ont été exclues.</p> <p>Des analyses descriptives ont été exécutées pour tout l'échantillon (tous les répondants) et dans deux sous-groupes (les répondants qui ont accepté ou ont rejeté la CC comme but thérapeutique).</p> <p>Les variables finales incluses dans le modèle étaient : l'âge des spécialistes, profession, école de théorie, si travaillant dans un établissement, la base de l'opinion sur le but du CD, et la définition du CD comme résultats.</p> <p>Les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données.</p>
<p>RESULTATS</p>
<p>Présentation des résultats</p> <p>Les résultats sont présentés dans des tableaux et expliqués par un texte narratif.</p> <p>Une présentation des résultats en fonction du type de répondants (médecins ou psychologues) est présente. Ainsi que la répartition géographique des répondants.</p> <p>Des réponses ont été reçues de 263 (48,1%) des 547 spécialistes à qui le questionnaire a été envoyé. Deux-tiers des répondants (65,8%) ont répondu à toutes les questions dans l'enquête. La question principale, concernant l'acceptation de la CC, a été répondue par 82,1% de répondants.</p> <p>La CC a été considéré comme un but acceptable de traitement par 48,6% de répondants, et 61,9% ont déclaré qu'ils ont pratiqué le traitement visant la CC pour certains de leurs patients.</p> <p>Un tiers de répondants (34%) considèrent qu'au moins la moitié de leurs patients demandent au commencement une CC en tant que but de traitement. Cependant, plus de la moitié des spécialistes (57,2%) ont répondu qu'ils proposaient la CC comme but pour <5% de leurs patients.</p> <p>Certaines caractéristiques chez les patients influençaient la décision du soignant sur le type de thérapie. Comme par exemple : le désir du patient, l'auto-efficacité, le nombre de rechutes, la stabilité sociale, la sévérité de la dépendance, statut résidentiel/ambulatoire, les comorbidités physiques, l'âge et l'état civil.</p> <p>Les éléments déterminants le choix des participants à utiliser la CC est déterminée par : le jeune âge du soignant, leurs expériences professionnelles d'utilisation de la CC, leur école de théorie, l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).</p> <p>Les soignants attachés à la théorie des 12 étapes étaient associées à la non-acceptation de la CC. La plupart du temps, ces soignants ne travaillent pas en institution.</p> <p>La définition de la CC comme résultat n'était pas un facteur indépendant associé à l'acceptation de l'objectif de la CC, mais l'utilisation de la qualité de vie par rapport à un seuil de consommation pour définir la CC comme résultat était associée à l'acceptation de l'objectif de CC.</p>
<p>DISCUSSION</p>
<p>Interprétations des résultats</p> <p>Dans cette étude, presque moitié des spécialistes français qui ont répondu au questionnaire ont approuvé la CC comme but pour le traitement de la dépendance d'alcool. Cette conclusion place la France comme un pays à forte acceptation de CC, comme des pays tels que l'Australie, la Grande-Bretagne et la Suisse, où des études précédentes en 1997, 1992 et 2009, respectivement, rapportés l'acceptation répandue de la CC comme but. (Rosenberg et autres, 1992 ; Donovan et Heather, 1997 ; Klingemann et Rosenberg, 2009)</p> <p>Il a été relevé une différence sur les buts initiaux de traitement entre les spécialistes en alcool et leurs patients, qui peuvent en partie être expliqués par l'attitude traditionnellement paternaliste des médecins européens (Al de Hottoiset, 2001). Ce retard entre l'acceptation et la pratique a pu refléter un malaise dans la pratique clinique plutôt que le choix d'appliquer une approche de réduction des risques.</p> <p>Les facteurs liés au choix des buts de traitement parmi les spécialistes français en alcoologie sont l'auto-efficacité, sévérité de la dépendance, stabilité sociale et l'histoire de rechute étaient compatible à ceux identifiées dans d'autres pays (Al de Rosenberget, 1992 ; Rosenberg et Davis, 1994)</p> <p>Il a été relevé ici comme dans d'autres études, que le choix propre du patient sur son but thérapeutique a un impact salutaire important sur des résultats de traitement (Hodgins, 2005).</p>

<p>Un certain nombre de facteurs qui ont été indépendamment associés à l'acceptation de la CC comme but ont été identifiés : l'âge ; l'expérience professionnelle ; la définition de la CC en tant que résultats, la référence à la qualité de vie, et base d'opinion sur la CC comme but.</p> <p>Le taux de réponse est qualifié de relativement bas par les auteurs, il se situe à la moitié des questionnaires envoyés. Les questionnaires n'ont été envoyés qu'aux soignants faisant parti de la SFA, l'échantillon n'est donc pas représentatif de tous les spécialistes français en alcoologie. D'autres limites sont présentées dans la discussion.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats de l'analyse.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p> <p>Bien qu'il n'y ait pas actuellement de consensus parmi les spécialistes français en alcoologie concernant la définition de la CC comme résultats, la qualité de vie est la définition la plus choisie, et c'est également le critère principal du succès dans la pratique clinique.</p> <p>Le bas impact de la littérature scientifique sur l'opinion des spécialistes soulève des questions concernant des manières de traduire des résultats de recherches en pratique clinique dans le domaine du traitement à alcool.</p> <p>Les auteurs déplorent l'absence d'un outil de mesure de la qualité de vie. (Alors qu'il en existe des spécifiques à la QDV des personnes alcoolodépendantes)</p> <p>Les auteurs ne précisent pas les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique.</p> <p>L'auteur ne fait pas de recommandations pour la pratique et les recherches futures, sauf concernant l'outil de mesure de qualité de vie.</p>

Article 10 :

<p>Eléments d'évaluations</p> <p>Foster, J., Powell, J., Marshall, E. & Peters, T. (1999). Quality of Life in alcohol-dependent subjects – a review</p>
<p>Titre</p> <p>Le titre met en avant la qualité de vie chez les individus présentant une dépendance à l'alcool. Il est précisé aussi qu'il s'agit d'une revue.</p>
<p>Résumé</p> <p>Le résumé met en avant la problématique, qui stipule que l'abus d'alcool est une cause majeure de la mortalité et de la morbidité chez les individus. Les auteurs citent que la qualité de vie chez les personnes présentant un problème d'alcool a été peu étudiée à ce jour. Cet article décrit brièvement leur méthodologie et précise qu'il passe en revue les travaux en cours et publiés sur les caractéristiques de la qualité de vie des sujets dépendants à l'alcool, en lien avec la comorbidité, l'environnement social et les changements dans la qualité de vie de l'individu.</p> <p>En ce qui concerne les résultats, ils ne sont pas détaillés clairement. Dans la conclusion, la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes est très mauvaise mais elle est améliorée par l'abstinence ou par une consommation contrôlée ou minimale. Il n'y a pas de discussion décrites dans le résumé.</p>
<p>INTRODUCTION</p>
<p>Problème de la recherche</p> <p>Oui la problématique est mise en avant et est appropriée dans le contexte actuelle. Il s'agit d'étudier la qualité de vie chez les personnes alcoolodépendantes.</p> <p>Il est décrit que la qualité de vie pouvait être divisée en 3 domaines : social, psychologique et physique. Ceux-ci aideraient à faire des comparaisons significatives pour évaluer l'impact de la qualité de vie à travers différentes interventions, maladies et états pathologiques des individus.</p> <p>La notion de traitement correspondant adéquatement à la personne alcoolodépendante est un problème de longue date dans la littérature sur l'alcool. Une étude américaine a voulu démontrer et</p>

<p>évaluer les résultats du traitement tout en cherchant à s'éloigner du seul résultat de l'abstinence, en introduisant d'autres mesures de résultats tels que la qualité de vie. La conclusion de cet étude est qu'il y avait un manque de perspective chez le patient, la limitation de la dimension de la qualité de vie et la satisfaction du patient en lien avec son traitement.</p>
<p>Recension des écrits</p> <p>Une recension des écrits a été entreprise car il s'agit d'une revue de littérature systématique. C'est-à-dire que des articles ont été sélectionnés sur le même sujet afin de pouvoir mettre en évidence les bienfaits ou non de ces différentes recherches. Des études antérieures sur le sujet ont été citées. Oui elle fournit une base solide pour l'étude étant donné qu'elle fournit une synthèse de la problématique qui est le but d'une revue de littérature. Elles présentent les connaissances actuelles d'un manque d'études sur la qualité de vie chez les personnes alcoolodépendantes. Oui la recension présente des sources primaires en citant clairement les auteurs.</p>
<p>Cadre de recherche</p> <p>Les principaux concepts clés tels que la qualité de vie, les personnes dépendantes à l'alcool et les résultats aux traitements sont mis en évidence et définis de manière générale. Les concepts clés sont liés au but de l'étude puissent qu'il s'agit d'évaluer la qualité de vie des personnes présentant une dépendance à l'alcool, il n'y a pas de cadre de référence et les bases philosophique ne sont pas mentionnées.</p>
<p>Buts et question de recherche</p> <p>Oui le but de l'étude est de mettre en avant les articles qu'il a été publié sur le sujet concernant la qualité de vie des sujets présentant une dépendance à l'alcool. Cependant, elle aurait pu être énoncée de façon plus précise. Il n'y a aucune hypothèse dans cette revue, les variables ne sont pas décrites et elles dépendent de chaque étude. La population n'est pas clairement définie excepté qu'il s'agit de personnes avec une problématique d'alcool, elle aurait pu être plus ciblée. La revue ne traite pas de l'expériences, des croyances, des valeurs ou de la perception des participants. La question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits. La question de recherche s'appuie sur des bases théoriques mais pas philosophiques.</p>
<p>METHODE</p>
<p>Population et échantillon</p> <p>La population visée est définie dans les différents articles analysés mais elle pourrait être plus précise. Ils mentionnent la population et la taille de l'échantillonnages pour certaines études. Concernant le recrutement des différentes études, il n'a pas été détaillé de manière précise. Pour l'étude, la méthodologie de recherche a été détaillée et est appropriée. Rien n'a été dit sur le fait d'accroître l'échantillon ou sur la détermination de la taille de celui-ci. Oui la méthode d'échantillonnage a permis de donner des renseignements significatifs et d'atteindre les buts. Pour cette revue, les auteurs ont posé un certain nombre de critères afin de cibler les articles.</p>
<p>Considérations éthiques</p> <p>Aucune information n'a été donnée concernant la sauvegarde des droits des participants. Aucune information précise n'a été décrites pour les études utilisées.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'une revue de littérature systématique, les auteurs ont analysées différentes études afin d'avoir une vision globale sur la qualité de vie des personnes alcoolodépendantes. Elle permet donc d'examiner les questions de recherche et d'atteindre leurs buts. Les différentes études utilisées dans cet article ont leurs propres critères scientifiques et n'ont pas été décrites. La méthode est appropriée pour cette revue étant donné qu'elle fait une synthèse des différentes études mentionnées sur la problématique. Il n'y a pas de temps passé auprès des intervenant étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>

<p>Oui les questions de recherche sont bien posées par rapport au contexte actuel. Aucune information sur les outils de mesures dans cette revue n'a été détaillé, ce qui ne permet pas de mesurer les variables. Pour certaines études, les auteurs spécifient qu'ils ont utilisées des instruments déjà existant et même pour une en particulier, ils ont créé un outil adapté.</p> <p>Oui le processus de collecte des données est clairement décrit. Les auteurs décrivent leurs stratégies de recherches électroniques de manière synthétique et leurs limites.</p> <p>La recherche électronique s'est faite en novembre 1997 dans la base de données Medline ; les mots clés utilisée sont « quality of Life » et « alcoholics » et portant sur les années 1982 et 1997. Sur un nombre total de 35 articles trouvées, onze ont été exclus pour divers raisons.</p> <p>Il n'y a pas de procédure expérimentale étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique. Pour les études mentionnées elle est peu détaillée.</p>
Conduite de la recherche
<p>Il n'y a pas de procédure de collecte de donnée comme il s'agit d'une revue. Les auteurs décrivent les méthodes d'extraction ainsi que les procédés pour obtenir et confirmer les données.</p> <p>Pour l'enregistrement des données, aucune information n'a été donnée sur ce sujet ainsi que pour les études mentionnées.</p> <p>Rien n'est dit ci ils ont fait appel à du personnel compétant afin de minimiser les biais.</p>
Analyse des données
<p>Les méthodes d'analyses concernant les études utilisées ne sont pas clairement décrites. Les auteurs ne spécifient pas clairement les risques qui pourrait influencer les résultats.</p> <p>Il n'y a pas de paragraphe en soi se nommant « résultats » ce qui ne facilite pas la lecture et ne met donc pas les extraits des études rapportés.</p> <p>Les thèmes mis en évidences font ressortir adéquatement les données. Dans cette articles, on y trouve la qualité de vie chez les personnes alcoolodépendants, le lien entre la qualité de vie , la comorbidité et alcoolisme, la qualité de vie chez les personnes dépendantes à l'alcool et l'environnement social, le changement de la qualité de vie associée à l'abstinence, ou à la consommation contrôlée, la mesure de la qualité de vie en tant que facteurs prédictifs à la rechute et l'importance de mesurer la qualité de vie dans la planification et l'évaluation du traitement.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>Il n'y a pas de paragraphe intitulée « résultats », les résultats ne sont pas résumés par un texte narratif ce qui ne facilite pas la lecture. Dans cette revue, ils ne sont pas expliqués par des tableaux ou des figures.</p> <p>Oui comme expliquée ci-dessus les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien présenter le phénomène.</p> <p>Rien n'est dit, mais on peut supposer que les données ont été évaluées par des experts étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique.</p>
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats ne sont pas vraiment présentés ce qui ne facilite pas la compréhension, le texte n'est pas bien structuré. Il n'y a pas vraiment d'interprétation des résultats.</p> <p>Etant donné qu'il s'agit d'une revue de littérature systématique, les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet puisque les auteurs ressortent les résultats de ses différentes études.</p> <p>La conclusion est brève, elle ne découle pas vraiment des résultats et n'est pas conforme aux résultats d'analyse qui sont déjà peu présent dans cette revue.</p> <p>Les auteurs mentionnent que peu de travaux ont été publiés dans ce domaine et qu'il faudrait envisager de faire de plus ample recherche au niveau de la qualité de vie de ses individus. Concernant les limites, rien d'autre n'a été dit.</p>
Conséquences et recommandations
<p>L'article déduit que la qualité de vie des sujets dépendants à l'alcool est très mauvaise mais qu'elle s'améliore quand la personne devient abstinente ou qu'elle a une consommation contrôlée d'alcool et</p>

qu'il y a clairement un besoin d'études longitudinales supplémentaire sur le sujet.
 Ils ont décrit que des facteurs tels que le soutien social avait un grand impact positif sur le patient.
 A contrario, la qualité de vie peut être perturbée par un risque élevé de problèmes de sommeil et à une moindre mesure, par la douleur. Ces deux perturbateurs étant des pronostiques importants de la rechute et à une consommation excessive d'alcool.
 Oui des recommandations pour la pratique et les recherches futures pour la qualité de vie chez les personnes alcoolodépendantes sont nécessaires.
 Non les données ne sont pas suffisantes pour appuyer les conclusions.

Article 11 :

Eléments d'évaluations
Arthur, D. (1998) Alcohol-related problems: a critical review of the literature and directions in nurse education
Titre
Le titre précise qu'il s'agit d'une revue de littérature systématique, ils précisent également que l'étude traitent sur les personnes qui présentent des problèmes liés à l'alcool et souligne l'orientation de la formation infirmière.
Résumé
Le résumé n'est pas structuré et la problématique est présentée de manière générale. En ce qui concernent la méthodologie, les résultats et la discussion, ils ne sont pas présents.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Oui le problème étudié dans cet article est clairement expliqué et les circonstances également.</p> <p>L'auteur met en avant le fait que la problématique de consommation d'alcool touche un certain nombre de personnes. Ces buveurs à risque ne cherchent, pour la plupart, pas d'aide jusqu'au moment où un problème majeur émerge.</p> <p>L'auteur distingue 3 importantes raisons pour lesquelles les infirmières sont dans une position importante pour fournir de l'aide pour ce groupe de personnes afin de pouvoir donner des interventions précoces, un dépistage et des entrevues thérapeutiques pour ce type de patient.</p> <p>L'auteur met en avant que les infirmières ont un contact permanent avec les patients qui peuvent avoir un problème précoce avec l'alcool, mais qui sont admis à l'hôpital pour d'autres raisons. Deuxièmement, les infirmières sont en première position afin d'évaluer l'état général du patient, d'établir un rapport et de fournir des conseils à celui-ci. Pour finir, la discipline infirmières devient de plus en plus indépendantes du modèle médical.</p> <p>Ce problème a fait l'objet de nombreuses études et est un problème de santé publique, il est approprié dans le contexte des connaissances actuelles.</p> <p>Oui c'est significatif pour la pratique infirmières et l'auteur mais en avant l'importance des infirmières et leurs rôles pour cette problématique-là.</p>
Recension des écrits
<p>Une recension des écrits a été entreprise, l'auteur se base sur d'autres études menées sur le sujet et nomme les auteurs. Il fournit une synthèse de la question par rapport au problème de recherche.</p> <p>La recension des écrits semble amener une base solide sur le sujet et l'auteur présente le problème au vu des connaissances actuelles.</p> <p>Oui la recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche
<p>Les concepts clés sont mis en évidence dans le texte et sont définis d'une manière précise. Les concepts clés sont ici la disciplines infirmières, la consommation problématique d'alcool et l'orientation thérapeutique (consommation contrôlée d'alcool).</p> <p>Oui, les concepts clés sont liés au but de l'études qui est de mettre en évidence le rôle de l'infirmière</p>

<p>en milieu hospitalier, de sa formation et de ses choix thérapeutiques auprès des patients présentant un problème d'alcool.</p> <p>En ce qui concerne les bases philosophiques ou théoriques, rien n'est mentionnées à ce sujet dans cette étude.</p>
<p>Buts et question de recherche</p> <p>Non le but de l'étude n'est pas énoncé d'une manière évidente, ni de manière claire et concise. Dans cet article, l'auteur présente un aperçu de la consommation contrôlée d'alcool, il fait une synthèse des études de recherche en soins infirmiers, il met en évidence des documents fournissant des directives thérapeutiques pour les soins infirmiers et une mise en avant des lacunes dans le cursus en soins infirmiers.</p> <p>Pour cette étude, il n'y a pas d'hypothèse et les variables clés ne sont pas décrites. Etant donnée qu'il s'agit d'une revue de littérature systématique, aucune expérimentation n'a été faite. Pour les études utilisées, aucunes précisions concernant les croyances, les valeurs ou les perceptions des participants ont été décrites.</p> <p>Les variables sont spécifiques à chaque étude.</p> <p>Dans cette revue de littérature, il n'y a pas de question. Elle met en avant les études menées sur le sujet afin de donner des connaissances sur le problème actuel.</p>
<p>METHODE</p>
<p>Population et échantillon</p> <p>Il est difficile dans cet article de distinguer la population et l'échantillon car il n'y a pas de titre méthode. Etant donnée qu'il s'agit d'une revue de littérature, il n'y a pas de population à l'étude.</p> <p>Dans cette revue, la population visée est les personnes alcoolodépendantes et les soins infirmiers mais elle pourrait être définie de façon plus précise. En ce qui concerne l'échantillon, il n'est pas décrit pour toutes les études de façon suffisamment détaillé. Pour la méthodologie utilisée et le recrutement des participants, aucune information n'est donnée autant pour cet article, que pour les études utilisées.</p> <p>Non les études mentionnées ne parlent pas d'augmenter l'échantillonnage, ni comment la taille de l'échantillon a été déterminée.</p>
<p>Considérations éthiques</p> <p>Aucune information n'est donnée pour la sauvegarde des droits des participants.</p> <p>Aucune information non plus.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèse clairement défini dans cette revue. Elle essaye de mettre en évidence, pour les soins infirmiers, de nouvelles approches thérapeutiques et remet en question la formation des infirmiers par rapport au nombre d'heure de cours données sur cette thématique.</p> <p>Il s'agit d'une revue systématique ce qui permet donc d'avoir une vision d'ensemble général sur la problématique posée. Donc oui, elle permet d'atteindre son but.</p> <p>La méthode est appropriée à cette revue car elle fait une synthèse des différentes recherches menées sur ce sujet.</p> <p>Pour quelques études mentionnées, le temps passé sur le terrain est décrit et adéquat. Pour la revue en elle-même, il n'y a pas de population à l'étude, pas d'expérimentation et pas de temps passé sur le terrain.</p>
<p>Modes de collectes de données</p> <p>Les buts de la recherche sont pertinents et sont en rapport avec le contexte actuel. Du fait qu'il s'agisse d'une revue de littérature, aucune observation du phénomène a été faite.</p> <p>Le processus de collecte des données n'est pas décrit. Egalement, l'auteur ne décrit pas la stratégie utilisée pour la sélection des études mentionnées dans cette revue.</p> <p>Aucune information sur les outils de mesures dans cette revue n'a été détaillée, ce qui ne permet pas de mesurer les variables.</p> <p>L'auteur ne mentionne pas de façon précise, si les études ont utilisé des instruments déjà existant ou s'ils l'ont créé pour l'étude.</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>Aucune information n'a été donnée sur le processus de collecte de données et d'enregistrements pour</p>

cette revue.

En ce qui concernent les études utilisées pour cet article, l'information s'ils ont fait appel à du personnel compétant afin de minimiser les biais n'apparaît pas.

Non, il n'y a pas d'intervention pour la revue. Pour les études utilisées, elles sont expliquées de façon très brèves et non précises.

Analyse des données

Il n'y a pas de méthode d'analyse pour la revue et aucun tableau n'a été inséré pour l'explication des résultats. Les méthodes d'analyse pour chaque étude ne sont pas clairement décrites.

Oui, les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en considération pour les études citées. Les résultats sont résumés sous forme de paragraphe pour la plupart des études. Il n'y a aucun paragraphe nommé « résultats », ce qui ne facilite pas la lecture et ne met donc pas en évidence les données.

Oui les thèmes font ressortir la signification des différentes données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Il n'y a aucune présence de tableaux ou de figures qui présente les résultats mais en revanche on y trouve à la fin de chaque thématique une synthèse des résultats.

Oui les thèmes sont associés entre eux : la formation infirmière, la problématique de l'alcool et les moyens thérapeutique (consommation contrôlée).

Il n'y a pas de participants dans une revue systématique, donc les données ont été évaluées ici par des experts. Pour les études utilisées, rien n'est mentionnée.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont décrits en fonction du cadre de recherche et en fonction de ce qui a été trouvé dans les différentes études. Dans cette revue, l'auteur a mis en évidence les thèmes et a ainsi synthétisé les différentes études mentionnées en mettant l'accent sur les différents résultats obtenus afin de mettre en avant son hypothèse.

Les résultats concordent avec les études antérieures étant donné qu'il s'agit d'une revue de littérature.

Oui les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.

En ce qui concerne les études mentionnées, l'auteur décrit brièvement les limites de certaines études tels que le faible taux de réponse ou par des problèmes d'échantillonnages faible ou encore des problèmes d'échantillonnage géographique limités. En ce qui concerne l'étude en elle-même, de ses propres limites, aucune information n'a été donnée.

Les conclusions données découlent d'une manière logique par rapport aux résultats d'analyses.

Oui, l'auteurs mentionne qu'il manque des recherches rigoureuses dans le domaine et que d'autre recherches seraient conseillées. Il avance le fait que les infirmières sont dans une bonne position pour adapter les modèles de la consommation contrôlée et de mettre en place des stratégies d'intervention précoce dans leur pratique général.

Conséquences et recommandations

L'étude prouve que dans la formation pratique en sciences infirmière il faudrait inclure plus d'heures sur les domaines de l'alcool et d'autres drogues car elles présentent des lacunes, pour les soins infirmiers, sur le sujet et sont pour le moment consacrée à quelques heures. Deuxièmement il serait conseillé d'avoir une meilleure intégration de ces sujets dans les cours pour les infirmières généralistes et pas uniquement dans le domaines psychiatrique (infirmière en santé mentale). De plus, les infirmières rencontrent fréquemment des clients avec des problèmes de toxicomanie et elles rencontrent des difficultés à évaluer et à intervenir de manière efficace envers ces personnes.

Concernant la consommation contrôlée d'alcool, elle pourrait être une alternative et une solution thérapeutique autres que l'abstinence et elle amènerais aux infirmières une nouvelles approches thérapeutique.

L'auteur conclue qu'il existe des stratégies pour aider un important nombre de personnes dont la consommation d'alcool est risquée et ne recevant pour le moment pas d'aide pour leurs problèmes de consommation car le programme d'étude sur ce domaine pour les professionnels de la santé est

insuffisant.

Oui comme mentionnée juste avant.

Les données sont suffisantes pour appuyer les conclusions mais elles pourraient l'être plus.